This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

36B

LANE

MEDICAL LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS

DE SES ANNEXES

ET DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

OUVRAGES DE M. A. NONAT.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. 2e édition, augmentée. 1 fort vol. in-8 avec figures dans le texte. Paris, 1868.

Traité des dyspepsies, ou Étude pratique de ces affections, basée sur les données de la physiologie expérimentale et de l'observation clinique. 1 vol. in-8 de 230 pages. Paris, 1862. ..... 3 fr. 50

Traité théorique et pratique de la chlorose, avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants. In-8 de 211 pages. Paris, 1864... 3 fr. 50

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

7579

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS

DE SES ANNEXES

ET DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

PAR

LE DOCTEUR AUG. NONAT

Médecin de la Charité,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, de la Société de médecine de la Seine,
de la Société médicale d'émulation, etc.

DEUXIÈME ÉDITION

refondue et considérablement augmentée

avec la collaboration

DU DOCTEUR A. LINAS

Membre de la Société médicale d'émulation,
de la Société d'anthropologie, de la Société de médecine légale,
de la Société médico-psychologique, etc.

ME MEDICAL LIBRARY
15357
SAN FRANCISCO

THE
PROPERTY
OF THE
N.Y. HOSPITAL.

AVEC FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

Place de l'École-de-Médecine,

1869

Tous droits réservés.

LANE LIBRARY

7181
1869

PRÉFACE

DE LA DEUXIÈME ÉDITION.

L'accueil bienveillant qu'a reçu la première édition de cet ouvrage nous imposait le devoir de rendre la deuxième édition plus digne encore des suffrages du public médical.

Nous n'avons rien négligé pour atteindre ce but.

Les additions importantes, les remaniements nombreux qu'a subis la présente édition, en font véritablement un livre nouveau.

La première édition était exclusivement consacrée à l'étude des maladies de l'utérus, de l'ovaire, et des tissus péri-utérins.

Elle avait surtout pour objet de tracer l'histoire jusqu'alors obscure, incomplète et mal explorée, des phlegmasies de l'utérus et de ses annexes. Les développements spéciaux que nous avons donnés à ce sujet n'ont pas été sans influence sur les récents progrès de la pathologie utérine ; ils ont contribué certainement à convaincre les auteurs qui nous ont suivi de la fréquence des inflammations utérines et péri-utérines, et de leur importance sous le triple rapport de la sémiologie, du diagnostic et du traitement.

Cette deuxième édition comprend deux parties entièrement neuves, ayant pour objet la description détaillée des *maladies de la vulve et du vagin*.

C'est donc un traité complet de gynécologie que nous offrons aujourd'hui au public.

Nous devons signaler, en outre, comme nouveaux, les quatorze chapitres suivants : — *Arrêts de développement de l'utérus.* — *Aberration de développement et vices de conformation de l'uté-*

rus. — Imperforation et atrésie de l'utérus. — Fluxion et congestion utérines. — Hypertrophie de l'utérus. — Atrophie de l'utérus. — Pelvi-péritonite. — Tubite ou inflammation des trompes utérines. — Vices de conformation des ovaires. — Atrophie et hypertrophie des ovaires. — Névralgie des ovaires. — Tuberculisation des organes génitaux de la femme. — Coccyalgie. — Stérilité.

L'article concernant *l'Exploration de l'utérus et de ses annexes* a été augmenté de la description de procédés et d'instruments nouveaux.

Les chapitres relatifs aux *Granulations utérines*, aux *Rétrécissements de l'utérus*, et à *l'Hystéralgie*, ont été soigneusement revus, remaniés et accrus.

L'histoire des *Corps fibreux* et celle des *Polypes utérins*, qui n'étaient qu'ébauchées dans la première édition, ont été tracées d'une manière très-complète dans celle-ci.

Enfin nous avons ajouté au chapitre des *Kystes de l'ovaire* un résumé fidèle des derniers et des meilleurs travaux sur l'*ovariotomie*.

Nous nous sommes appliqués avec un soin particulier et une constante persévérance à perfectionner la thérapeutique des affections utérines et à poser avec plus de netteté et de rigueur les indications des diverses médications qu'elles réclament. Les indications relatives aux émissions sanguines ont fixé plus particulièrement notre attention. Malgré toutes les critiques dont ce mode de traitement a été l'objet, l'expérience que nous en avons faite nous autorise à le considérer encore comme utile et même nécessaire *dans certains cas déterminés*. Seulement, ainsi qu'on pourra le voir dans plusieurs parties de cet ouvrage, nous nous sommes attachés à restreindre ces cas autant que possible, à diminuer le nombre et à réduire la quantité des saignées générales et locales, à les rendre de plus en plus rares au fur et à mesure que nous avons pu, à l'avantage des malades, les remplacer par d'autres moyens.

Pour toutes ces modifications considérables, nous n'avons pas seulement mis à profit les résultats de notre observation personnelle, et les fruits d'une longue expérience mûrie par plus de vingt

années d'une pratique spéciale ; nous avons encore mis largement à contribution toutes les ressources dont la science s'est enrichie dans ces dernières années, et tous les progrès accomplis dans la gynécologie, tant en France qu'à l'étranger.

Ce n'est donc plus seulement une œuvre individuelle que nous avons voulu écrire ; c'est surtout une œuvre classique, destinée à fournir aux praticiens et aux élèves les notions les plus exactes, les connaissances les plus précises, et les préceptes les plus pratiques sur les maladies des organes de la génération chez la femme et sur le traitement qui leur convient.

Nous avons fait tous nos efforts pour que cette nouvelle édition atteignit, autant que possible, le niveau actuel de la science, et pour qu'elle ne fût inférieure à aucun des ouvrages récemment publiés sur le même sujet.

Nous ne nous flattons pas d'y avoir réussi ; mais nous y avons mis toute notre conscience et tout notre zèle.

NONAT ET LINAS.

Paris, janvier 1869.

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION.

Je veux me borner, dans cette préface, à dire pourquoi, dans quel but et dans quel esprit j'ai conçu et écrit cet ouvrage.

Adonné depuis longues années à l'étude des affections utérines, je n'ai pas tardé à être frappé des incertitudes, des imperfections et des lacunes que présentait cette branche de la pathologie, malgré les nombreux et importants travaux dont elle a été l'objet depuis la moitié du dernier siècle. Tel est le motif qui m'a conduit à entreprendre des recherches sur ce difficile sujet.

Le but que je me suis surtout proposé a été de mettre de l'ordre là où régnait la confusion, de jeter quelque lumière sur les points les plus obscurs, de donner au diagnostic plus de précision, de déterminer, aussi rigoureusement que possible, le rôle et la valeur nosologique de chaque variété de lésions, de marquer nettement l'action réciproque des affections utérines et péri-utérines, de signaler les influences sympathiques qu'elles exercent sur le reste de l'organisme, et, en définitive, de formuler des indications plus rationnelles et d'instituer une thérapeutique plus efficace.

Pour atteindre ce but, j'ai commencé par réviser et soumettre à un contrôle sévère ce qu'avaient fait nos devanciers ; j'ai successivement appliqué les méthodes les plus accréditées en gynécologie, et bientôt j'ai été forcé de reconnaître l'insuffisance de ces méthodes, dans un certain nombre de cas. Jusque-là les auteurs s'étaient occupés à peu près exclusivement des maladies propres de l'utérus, et avaient donné une importance exagérée, les uns

aux engorgements du corps de cet organe, les autres aux lésions du col; ceux-ci au catarrhe utérin, ceux-là aux déviations. Si ce n'est dans l'état puerpéral, on avait presque complétement négligé l'étude des lésions des tissus voisins. De là, des imperfections et des lacunes dans la nosographie utérine; de là, des erreurs dans le diagnostic; de là, des incertitudes et des mécomptes dans la thérapeutique.

Le jour où l'observation clinique vint nous révéler la fréquence des lésions péri-utérines et le rôle considérable qu'elles jouent dans la pathologie de la femme, même en dehors de l'état puerpéral, la gynécologie entrait dans une phase nouvelle; toute obscurité s'évanouissait pour nous, et la solution des problèmes, restés jusqu'alors insolubles, devenait plus facile.

Une fois cette inconnue dégagée et cette lacune comblée, je pus embrasser plus sûrement l'étude des affections propres de l'utérus, et les envisager sous un point de vue tout nouveau. C'est alors que j'entrepris sur la métrite interne et ses complications, sur les granulations intra-utérines, sur la métrorrhagie, sur les déviations, sur l'hématocèle péri-utérine, etc., une série de recherches cliniques, dont l'effet principal a été, comme je l'ai dit plus haut, de préciser la valeur pathologique de chacune de ces lésions, et d'asseoir sur des bases plus solides le traitement qui leur convient.

Je me propose de développer dans cet ouvrage le résultat de mes longues investigations. C'est assez dire qu'il a été conçu dans un esprit éminemment pratique. Éloignant avec soin toutes les conceptions purement théoriques, évitant aussi un luxe d'érudition inutile, je me suis attaché à ne consigner que des faits rigoureusement observés et à n'émettre que des assertions sanctionnées par l'expérience. Tout en tenant compte de ce qui avait été vu et dit par les autres, j'ai consulté surtout mon expérience personnelle et je me suis principalement inspiré de ce que j'avais constaté et vérifié un grand nombre de fois.

Dans la première partie de ce livre, on trouvera l'exposé didactique des affections de l'utérus et de ses annexes. J'ai accordé de longs développements à l'histoire, jusqu'à présent trop né-

gligée, de la métrite interne et du phlegmon péri-utérin chroniques. La thérapeutique de ces affections laissait beaucoup à désirer et ne se trouvait formulée nulle part d'une manière précise et complète. Je lui ai consacré un chapitre spécial et très-étendu. J'ai cru nécessaire d'entrer à ce sujet dans des détails très-circonstanciés et presque minutieux, car le traitement que je propose est tellement nouveau, tellement opposé à la pratique généralement suivie, que je devais prévenir les critiques exagérées et les objections mal fondées. Déjà quelques esprits prévenus, mal informés sans doute, ou n'ayant pris qu'une idée très-imparfaite de ma méthode, m'ont accusé de pousser jusqu'à l'abus les émissions sanguines. Pour toute réponse, je les invite à lire les articles de ce livre consacrés au traitement général des phlegmasies utérines et péri-utérines ; ils pourront se convaincre que je n'ai pas recours à la saignée d'une manière indifférente et en quelque sorte arbitraire ; ils verront que j'ai subordonné son emploi à des indications formelles, à des règles précises et déterminées. Si, au début de ma pratique, il m'est arrivé quelquefois de dépasser les bornes, c'est que je n'avais pas encore trouvé les moyens puissants dont je dispose aujourd'hui pour triompher de certains cas de métrite interne, dont l'opiniâtreté faisait et fait encore le désespoir des médecins.

Je me suis longuement étendu sur la description des phénomènes nerveux (crises hystériformes, paralysies, névralgies, etc.), sympathiquement liés aux phlegmasies utérines et péri-utérines. Il était utile d'appeler l'attention des praticiens sur la fréquence et la nature de ces phénomènes, dont le point de départ est trop souvent méconnu et qui sont journellement la source des erreurs les plus regrettables.

L'hématocèle a été aussi de ma part l'objet d'une étude toute particulière. Cette affection, dont la connaissance date seulement de quelques années, présentait encore dans son histoire plusieurs points à élucider. Je crois être parvenu à mettre plus de précision dans le diagnostic et à tracer d'une manière plus nette les indications thérapeutiques.

J'ai également insisté, plus que ne l'avaient fait les auteurs qui

m'ont précédé, sur les rétrécissements utérins et sur les granulations intra-utérines.

Enfin, j'ai émis quelques vues nouvelles sur la métrorrhagie, et j'ai particulièrement fait ressortir les rapports de cette affection avec la métrite interne et le phlegmon péri-utérin chroniques. Je crois avoir complété ainsi l'étude des métrorrhagies symptomatiques, qui n'avait été jusqu'à présent qu'ébauchée.

La deuxième partie de ce livre comprend plus de cent observations, choisies parmi un très-grand nombre, que j'ai recueillies moi-même, ou qui ont été recueillies sous mes yeux, avec un zèle auquel je me plais à rendre hommage, par plusieurs de mes élèves, et spécialement par MM. Joseph Boyer, Coffin, Bogros, Margerie, Linas, Cestan, Trotignon, Prost, Dupuy, Letellier, Beaumetz-Dujardin, Bisson et Descroizilles. J'aurais pu disséminer ces faits dans le corps de l'ouvrage, et les citer à l'occasion des maladies auxquelles ils se rapportent; mais j'ai mieux aimé les réunir par séries à la suite des généralités, afin, d'une part, de ne pas interrompre la description nosographique, et, d'autre part, de placer les principaux documents sous les yeux du lecteur, et de lui permettre ainsi de les embrasser dans leur ensemble, de mieux les comparer entre eux, de saisir plus facilement leurs analogies et leurs différences, et d'assister, pour ainsi dire, aux diverses phases de mes recherches.

Si, dans certaines observations, j'ai cru devoir citer le nom de quelques-uns de mes confrères, ce n'est point pour jeter le blâme sur leur pratique; c'est uniquement pour prouver combien les opinions que je professe s'éloignent en certains points des idées généralement admises, et combien étaient insuffisantes ou inefficaces les médications ordinaires, même entre les mains des praticiens les plus éminents.

Si je n'avais obéi qu'à un intérêt personnel, j'eusse déjà publié depuis longtemps cet ouvrage. Mais j'ai cru qu'il était plus sage de suivre ce précepte de Laennec : « Ne vous hâtez pas de publier vos travaux, de peur de rendre le public confident de vos erreurs. » Ce n'est donc qu'après quatorze ans de sérieuses études et de persévérantes recherches que je me suis décidé à faire con-

naître le résultat de mes investigations sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Désirant avant tout fonder une œuvre utile à la science et à l'humanité, j'ai attendu que le temps m'eût permis de vérifier souvent les mêmes faits, et qu'une longue expérience eût apporté son contrôle aux vérités que je voulais propager.

Je m'estimerai heureux si le public médical daigne accueillir avec bienveillance le fruit de mes veilles et de mes labeurs, et je considérerai comme ma plus douce récompense s'il peut puiser dans ce livre quelques documents utiles.

Je ne terminerai pas sans adresser ici mes sincères remercîments à M. le docteur Linas, dont le concours m'a été si utile pour la rédaction de cet ouvrage.

A. NONAT.

Paris, le 16 décembre 1859.

TRAITÉ PRATIQUE

DES

MALADIES DE L'UTÉRUS

DE SES ANNEXES

ET DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

THE PROPERTY OF THE YORK HOSPITAL

HISTORIQUE

Avant de tracer le tableau des maladies des organes génitaux chez la femme, nous croyons qu'il est intéressant et utile d'esquisser brièvement l'histoire de cette importante portion de la pathologie; d'initier le lecteur aux difficultés de ses débuts, à la lenteur de son évolution; de lui montrer par quelle suite de pénibles progrès et de laborieuses conquêtes la médecine est enfin parvenue à posséder sur ce ténébreux sujet des notions plus précises, des connaissances qui laissent peu à désirer. Dans ce coup d'œil rapide, nous signalerons les acquisitions successives de la science, nous rendrons, autant que possible, à chacun selon ses œuvres, faisant, comme il convient, la part du passé et celle du présent, et fixant surtout avec une stricte impartialité ce qui revient de mérite à tous ceux qui ont coopéré à l'œuvre commune.

Les livres hippocratiques traitent assez longuement des maladies de l'utérus. On y trouve certaines considérations exactes sur les déviations et les déplacements; mais c'est l'inflammation de la matrice

qui paraît avoir surtout attiré l'attention du père de la médecine. On peut même dire que, pour l'école de Cos, là était presque toute la pathologie utérine. Encore ne faudrait-il pas s'imaginer qu'Hippocrate ait connu la métrite comme nous la connaissons de nos jours, et qu'il en ait distingué les variétés que nous établirons plus tard. La description qu'il donne de l'inflammation utérine se rapporte à l'organe tout entier, et s'applique uniquement à la phlegmasie des femmes en couches. Dans ce chapitre, les accidents puerpéraux ont été retracés avec une admirable précision; la métro-péritonite surtout, la *fièvre puerpérale* de quelques auteurs, s'y trouve décrite à merveille. On regrette qu'Hippocrate n'ait pas su discerner les lésions qui appartiennent en propre à l'utérus de celles qui ont pour siége les tissus voisins. Nous verrons qu'il faudra l'observation de bien des siècles pour faire cesser cette confusion.

Hippocrate paraît avoir entrevu la paralysie symptomatique des maladies utérines. N'est-ce pas elle, en effet, qu'il faut voir désignée dans ce membre de phrase : « *Si ex partu crus ab uteris claudum factum fuerit, ab uteris ad coxam declinantibus...* » (*De morb. mul.*, lib. I, n° 16.)

Galien exprime le même fait, et dans des termes à peu près semblables : « *Quibus uteri inclinatio est, in coxam dolorem transire, et crus ipsum, quod è regione est, per incessum claudicare.* » (*De loc. affect.*, lib. VI, c. v.)

Seulement c'est à tort qu'Hippocrate et Galien rattachent toujours cette paralysie à une déviation de la matrice; nous verrons plus tard quel est le point de départ le plus fréquent de ces sortes de paralysies, quand nous tracerons leur histoire complète.

Comme si les livres hippocratiques avaient dit le dernier mot sur les affections utérines, les auteurs des siècles suivants, les médecins de l'antiquité et du moyen âge, se sont contentés de reproduire à ce sujet les traditions de l'école de Cos. Paul d'Égine, dans son chapitre intitulé *De inflammatione uteri* (lib. III, c. LXIV), décrit la phlegmasie aiguë de l'utérus, à laquelle il fait jouer, à l'exemple d'Hippocrate, un rôle exagéré, et qu'il considère comme la cause des déviations et des déplacements. Il signale sa terminaison possible par suppuration et par induration, *cum duritiâ*. C'est ainsi que Lisfranc se trouvait devancé de bien des siècles par Paul d'Égine dans l'his-

toire de l'engorgement de l'utérus. Quelques auteurs modernes ont même voulu voir là la première indication des phlegmons péri-utérins. C'est une erreur; car il est clair que, dans tout ce chapitre, il n'est question que de la matrice, et nullement de ses annexes. Que si l'on voulait faire remonter jusqu'à Paul d'Égine le mérite de cette découverte pathologique, on ferait mieux d'en chercher les traces dans le chapitre LXVIII, *De scirrho et duritie*. On verrait que Paul d'Égine y insiste sur des inflammations de la *vulve* (*vulvæ*) qui ne se sont terminées ni par résolution, ni par suppuration, mais qui ont donné lieu à une induration qu'il appelle *squirrhe*. « Cette induration, *non douloureuse à la pression*, doit être attaquée, dit-il, dans le principe, par des émissions sanguines, des cataplasmes, etc. » Quant à nous, nous trouvons les termes dont se sert le médecin grec tellement vagues, tellement équivoques, que nous craindrions de forcer l'interprétation et de lui faire dire autre chose que ce qu'il a voulu exprimer, en accordant qu'il a parlé le premier des engorgements péri-utérins.

Rhazès a reproduit, dans un style obscur et confus, les idées de Paul d'Égine sur l'inflammation et l'induration de la matrice. Dans son chapitre *De ulceribus matricis*, il est dit que les ulcères peuvent se terminer par la suppuration, qui affaiblit les femmes, puis les fait mourir. A coup sûr, il est ici question du cancer de la matrice. Mais, nous le répétons, il règne une telle confusion, une telle obscurité dans les descriptions de Rhazès, qu'il est difficile d'y démêler quelque chose de précis. D'ailleurs, il paraît se soucier assez peu de l'étiologie, de la symptomatologie et du diagnostic. Tout semble avoir été écrit surtout en vue du traitement.

Avicenne n'est pas beaucoup plus clair que Rhazès. Comme lui, il traite assez longuement *De ulceribus et apostematibus*. Mais il a le mérite d'avoir essayé de jeter quelque jour sur l'étiologie des phlegmasies utérines. Déjà Avicenne reconnaît qu'il existe des inflammations indépendantes de l'état puerpéral : il n'insiste point là-dessus ; mais il parle, en termes assez précis, de l'influence des troubles menstruels sur le développement des maladies de la matrice, des phénomènes sympathiques et des accidents nerveux qui les compliquent souvent.

Fernel (liv. VI, chap. xv) parle de squirrhes, de phlegmons et d'abcès de l'utérus, sans rien ajouter à ce qu'en a dit Paul d'Égine.

Baillou, en traitant du prolapsus utérin, dit peut-être le premier mot de l'hématocèle péri-utérine : « *Circum uterum ipsum, copia sanguinis cogi potest, quâ tandem erumpente, relaxatis præ humiditate ligamentis, uterus procidit.* » Dans cette phrase, le mécanisme du prolapsus utérin est expliqué d'une manière impossible, sans doute; mais l'hématocèle s'y trouve signalée, ce nous semble, on ne peut plus nettement.

Forestus (1563) a longuement écrit touchant les maladies des femmes (*De mulierum morbis*). Il s'étend beaucoup sur les troubles de la menstruation et les affections diverses qu'ils peuvent entraîner. Son chapitre de l'inflammation de la matrice n'est qu'un long et savant commentaire des idées de Paul d'Égine sur le même sujet. Forestus entre dans de curieux développements à propos de la phlegmasie utérine terminée par abcès. Dans la description qu'il donne de la tumeur, de la marche, des symptômes de l'affection, il est aisé de voir qu'il s'agit, dans la plupart des cas, d'une lésion développée, non point dans l'utérus lui-même, mais dans son voisinage. Il est bien évident que, de nos jours, on aurait rapporté, soit à une phlegmasie péri-utérine, soit à l'hématocèle, la majeure partie des tumeurs dont parle Forestus. On trouve, enfin, dans cet auteur, des renseignements assez vagues sur les ulcérations utérines. Les descriptions qu'il donne se rapportent plus spécialement au cancer ulcéré, les moyens d'investigation auxquels on avait recours de son temps ne permettant guère de saisir des lésions moins importantes et moins prononcées, telles que les granulations et les simples érosions du museau de tanche.

Les ulcères de la matrice ont été mieux étudiés par Rivière que par ses prédécesseurs. Le médecin de Montpellier décrit non-seulement les diverses formes admises de nos jours, mais même il comprend, à l'exemple des anciens, sous le nom d'ulcères, les tumeurs abcédées des organes génitaux. A ce propos, il décrit, à ne pas s'y méprendre, les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques et leurs différentes terminaisons par rupture dans la vessie, le vagin, le rectum, etc. Il insiste, pour le traitement, sur l'emploi des émissions sanguines.

Fr. Hoffmann (tome Ier, part. II) commente avec une remarquable érudition et une grande justesse de jugement les chapitres d'Hippocrate et de Paul d'Égine sur l'inflammation de la matrice.

Avec Morgagni commence une ère nouvelle pour la médecine. Bien des ténèbres devaient être dissipées par le flambeau de l'anatomie pathologique; mais comme les affections utérines ne sont pas de celles qui se terminent ordinairement par la mort, elles ne profitèrent pas au même degré que les autres maladies des lumières répandues par les immortels travaux de Morgagni. Cependant les accidents puerpéraux, au lieu d'être tous confondus, et rapportés uniquement et d'une manière vague à une inflammation de l'utérus, furent distingués et séparés suivant l'organe ou la partie d'organe malade, suivant le siége précis du travail inflammatoire. C'est ainsi que Morgagni rapporte des cas d'ovarite et une observation très-remarquable de phlegmon iliaque, chez une femme morte trente et un jours après les couches (*Epist.* XLVI, art. 27 et 28). Morgagni semble avoir entrevu les engorgements chroniques des ligaments larges, quand il parle, d'après Albertus, son maître, d'une tumeur du bas-ventre amenée à résolution par l'emploi du chamæpitys; et, d'après Valsalva, de tumeurs prétendues cancéreuses, dont la marche avait pu être enrayée par des saignées répétées quatre fois par an (*Epist.* XXXIX, art. 35).

Morgagni a connu et décrit les tumeurs fibreuses, qu'il prenait pour des cancers.

Les symptômes qui accompagnent les accidents puerpéraux ont été assez clairement décrits par Mauriceau. Cet auteur signale aussi sous le nom de *squirrhe* ce que Lisfranc désignera plus tard sous le nom d'engorgement partiel de l'utérus. « J'ai vu, dit Mauriceau, plusieurs femmes avoir, durant trois ou quatre mois entiers, en suite de leur accouchement ou d'un avortement, des squirrhes phlegmoneux de tout un seul côté de la matrice et des parties voisines de l'aine, où elles ressentaient une extrême douleur, etc... J'ai aussi vu quelques-unes de ces tumeurs apostumer au dehors. » Il faudrait être bien aveugle pour ne pas reconnaître dans cette description les phlegmons péri-utérins.

Mauriceau signale encore un fait important : c'est que les flueurs blanches viennent souvent de la matrice; et il recommande de ne

pas recourir mal à propos, comme beaucoup de médecins, aux injections et aux remèdes astringents, mais de faire d'abord l'évacuation du corps par la saignée, les purgatifs et autres remèdes convenables ; plus tard viendront les injections. Il est impossible de dire des choses plus justes touchant le traitement qui convient à la métrite interne.

Dans Nicolas Lepois, on lit la phrase suivante: « *Si longiori tempore menses supprimantur, nullamque medicus vacuationem mulieri promoveat, tumor aliquis in ilibus exoritur, ostendens ex internis partibus quamdam esse inflammationem.* » Les phlegmons péri-utérins ne sont-ils pas là clairement désignés ?

Astruc, dans son *Traité des maladies des femmes*, s'étend sur l'inflammation de la matrice et sur l'inflammation de l'ovaire, qui, selon lui, est presque toujours la suite de la première.

On lit aussi dans Delamotte et dans Ledran des observations intéressantes de tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques.

Mais il faut arriver à Puzos et à Levret pour trouver sur ce sujet des recherches vraiment utiles. Ces deux auteurs ont étudié avec un très-grand soin les tumeurs qui se développent, à la suite des couches, autour de l'utérus et dans l'excavation pelvienne. Puzos en a donné d'une manière claire et précise les caractères, les symptômes, l'évolution, la marche et le traitement. On regrette que cet observateur, entraîné par ses préoccupations humorales, ait admis une explication si grossière pour le mécanisme de la formation de ces tumeurs. On sait qu'il les considérait comme une sorte de produits métastatiques résultant du transport du lait des mamelles vers l'utérus. C'est pourquoi il les désignait sous le nom de *dépôts laiteux*. Et pourtant, chose étonnante ! il blâme l'emploi unique des apozèmes et des émollients dans le traitement de ces dépôts, et il préconise l'usage des émissions sanguines répétées, et à hautes doses, qui, suivant lui, sont seules capables de prévenir la terminaison par suppuration.

Deleurye en 1777, dans son *Traité d'accouchements*, Doublet, en 1779, Gastelier, en 1812, reproduisent les idées et les théories de Puzos, sans y rien ajouter.

Gardien, en 1824, proteste contre la dénomination de dépôts laiteux employée par les auteurs précédents; il établit que ces tumeurs ne sont pas formées par le lait lui-même, comme le croyait Puzos, mais qu'elles dépendent toujours de l'inflammation de quelque partie qui détourne les humeurs de leur direction naturelle et les attire vers le point irrité.

Gardien consacre un long chapitre à la métrite, qui, d'après lui, est l'inflammation du tissu propre de l'utérus; il la distingue en aiguë et en chronique; il admet qu'elle peut se développer en dehors de l'état puerpéral, et que le travail inflammatoire dont la matrice est le siége se propage quelquefois aux ligaments larges.

La période de l'histoire des affections de la matrice que nous venons de traverser, et qui s'étend de Levret à Gardien, est remarquable en ce que la pathologie utérine semble être le privilége exclusif des accoucheurs. Aussi n'est-il pas surprenant que ces auteurs, suivant, du reste, en cela l'exemple des anciens, se soient occupés tout particulièrement des maladies de l'utérus consécutives à l'accouchement.

Pour ceux qui liront attentivement les pages qui précèdent, il est clair que la pathologie utérine n'est guère sortie jusqu'à présent des traditions hippocratiques. Pour mieux se convaincre de ce que nous avançons, on n'aura qu'à parcourir l'ouvrage de Nauche, intitulé *Des maladies propres aux femmes*, et qui résume d'une manière très-complète l'état de la science à son époque. Disons cependant que Nauche n'est pas un simple historien, qui se contente de rapporter ce qu'il tient de ses devanciers; c'est encore un praticien habile, un observateur judicieux qui, ajoutant aux notions déjà acquises les résultats de sa propre expérience, a certainement le mérite d'avoir fait des affections utérines une étude plus approfondie, plus exacte qu'on ne l'avait faite avant lui. L'auteur débute par des considérations physiologiques d'un grand intérêt sur les fonctions de la matrice, sur l'importance de son rôle dans la vie de la femme et sur les sympathies étroites qui unissent cet organe au reste de l'économie.

Il aborde ensuite les lésions mécaniques ou déplacements de la matrice, qu'il ne considère comme sérieux et ne méritant de fixer l'attention des praticiens que lorsqu'ils sont poussés trop loin. Il indique tous les moyens usités de son temps pour les combattre.

Dans la seconde partie de son livre, consacrée aux phlegmasies des organes propres aux femmes, on trouve la métrite décrite avec détail. Nauche la divise en inflammation de la membrane séreuse ou péritonéale de la matrice, inflammation du tissu propre et inflammation du tissu muqueux. Ces deux dernières formes de métrite peuvent être aiguës ou chroniques. La métrite interne chronique, donnant toujours lieu à des pertes blanches plus ou moins abondantes, est désignée sous le nom de *catarrhe utérin*. Nauche admet que l'écoulement leucorrhéique peut venir non-seulement de l'utérus, mais encore des trompes et des ovaires. C'est une maladie rarement simple; elle est le plus souvent unie à une affection spécifique, à un vice dartreux, rhumatismal, scrofuleux, ou compliquée de quelques troubles digestifs. Nous dirons plus tard ce qu'il faut penser d'une pareille doctrine, en même temps que nous nous expliquerons sur le prétendu catarrhe utérin. Quoi qu'il en soit, Nauche a le mérite d'avoir insisté, des premiers, sur la nécessité de distinguer la métrite suivant le siége de l'inflammation, et d'avoir appelé l'attention des médecins sur l'écoulement leucorrhéique et sur la phlegmasie de la surface interne de l'utérus.

Mais il faut arriver à Récamier pour voir la pathologie utérine sortir un peu du chaos où elle est demeurée jusqu'alors ensevelie. Rompant hardiment avec les traditions du passé; remettant en honneur l'usage du spéculum, depuis longtemps négligé et même tombé dans l'oubli; appliquant à l'étude des lésions utérines les différents modes d'exploration qui nous sont familiers aujourd'hui, cet illustre praticien ouvre une voie nouvelle et donne le signal d'une importante révolution médicale, d'où sortira la pathologie utérine telle qu'elle existe de nos jours et telle que nous essayerons de la présenter dans cet ouvrage. Esprit entreprenant, audacieux même, Récamier ne se contente pas de ce que lui apprennent ses yeux par le spéculum et ses doigts par le toucher; il veut pénétrer, en quelque sorte, jusque dans les profondeurs de l'utérus, et il ne craint pas de porter des instruments dans la cavité de cet organe, dont aucun médecin, avant lui, n'avait osé franchir l'orifice externe dans l'état de vacuité. Récamier fit donc pour l'utérus vide ce que Levret, près d'un siècle auparavant, avait fait pour l'utérus chargé du produit de la conception. Grâce à ses tentatives hardies, il jeta quelque jour sur le diagnostic si obscur des maladies de la matrice; il précisa quel-

ques-unes de ses altérations ; il vulgarisa l'étude, à peine ébauchée, de la métrite interne, et il émit sur cette affection des idées neuves et justes. Il fit connaître les granulations intra-utérines, et découvrit ainsi une source fréquente de métrorrhagies opiniâtres, qui faisaient auparavant et qui font même encore, de nos jours, le désespoir de beaucoup de praticiens.

Il remania la thérapeutique comme il avait fait de la sémiologie. C'est là surtout qu'il déploya une hardiesse qui surprit beaucoup ses contemporains et qui fait encore trembler quelques médecins de nos jours. Conséquent avec ses idées pathologiques, Récamier imagina d'aller attaquer le mal jusqu'en son foyer. Dans les cas de métrite interne simple, il porta des modificateurs sur la muqueuse enflammée ; dans les cas de granulations intra-utérines, il introduisit dans le corps de la matrice un instrument destiné à racler la surface malade, à détacher et à ramener au dehors les excroissances morbides ; cet instrument, c'est la *curette*. C'est encore à Récamier que l'on doit l'emploi des topiques divers dans le vagin, pour combattre la métrite (cataplasmes, sachets).

Mais Récamier ne borna pas ses investigations à la matrice même ; il étudia aussi les maladies de ses annexes, et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir donné la première observation authentique d'hématocèle péri-utérine, sous le titre de *tumeur sanguine du bassin*.

Tandis que Récamier réformait, en quelque sorte, la pathologie utérine, un autre praticien d'un immense talent et d'une grave autorité s'efforçait de la ramener dans la voie des anciennes doctrines. Lisfranc croyait peu à la métrite interne : il a dit et il a écrit des choses fort justes sur la leucorrhée ; mais, à ses yeux, cet écoulement n'était pas un produit d'inflammation, c'était un simple flux, un catarrhe utérin ; il retombait dans les idées de Nauche. Mais Lisfranc avait remis en honneur l'opinion surannée des engorgements de la matrice. C'est là le point de départ de sa doctrine et la base de sa thérapeutique. Pour lui, presque toute la pathologie utérine se résume dans le mot *engorgement*.

L'engorgement est tantôt général, tantôt partiel. Il est rarement simple ; le plus souvent il s'accompagne d'un déplacement de l'organe. Ce déplacement doit même se produire tôt ou tard ; car il est, suivant Lisfranc, le résultat mécanique et nécessaire de l'engorgement, l'utérus se portant du côté où l'entraîne la portion la plus

épaisse et la plus lourde. Ainsi, l'engorgement est-il général, la matrice est déplacée suivant son axe vertical, elle descend dans le vagin; il y a procidence. Mais elle s'incline en avant, en arrière, à droite ou à gauche, suivant que l'engorgement est antérieur, postérieur ou latéral.

Avec de telles idées, Lisfranc devait être peu enclin à adopter la thérapeutique instituée par Récamier, et à mettre en usage la cautérisation intra-utérine; aussi la proscrivit-il d'une manière presque absolue. On le voyait quelquefois porter le nitrate acide de mercure sur la surface externe du museau de tanche, quand celui-ci était le siége d'altérations anciennes et rebelles. C'est surtout à un traitement général, en rapport avec ses idées nosologiques, que Lisfranc imagina d'avoir recours; et il institua une méthode rationnelle dont il retira parfois d'excellents effets. A ce qu'il prenait pour des engorgements utérins, il opposa les évacuants et les dérivatifs, les émissions sanguines et les fondants. Il commençait par les saignées générales à petite dose; et comme il avait remarqué que la fluxion menstruelle amène presque à coup sûr une recrudescence dans les accidents, c'était surtout à la suite des règles, et dans le but de détruire les effets de la congestion utérine consécutive, qu'il prescrivait une petite saignée révulsive. Il employait quelquefois aussi les cataplasmes, les vésicatoires et souvent les pommades résolutives sur le bas-ventre; il recommandait la diète et le repos; puis il achevait le traitement par l'administration interne de l'iodure de potassium et des préparations de ciguë.

Lisfranc, grâce à ce traitement, obtint de beaux succès et réussit même là où d'autres avaient échoué. Si l'adage latin « *Naturam morborum ostendunt curationes* » est vrai, Lisfranc avait donc raison, et, avec lui, toute l'antiquité. Lisfranc avait raison et tort tout ensemble. Je m'explique. Il avait raison de croire, dans l'immense majorité des cas, à l'existence d'un engorgement et de recourir à la méthode antiphlogistique; mais il avait tort de placer l'engorgement dans le tissu propre de l'utérus. Nous dirons plus tard que les engorgements partiels de cet organe n'existent point, et que les tumeurs que Lisfranc plaçait ainsi dans une des parties de la matrice appartiennent aux tissus ambiants. Le chirurgien de la Pitié était donc dans le vrai quant à la nature de lésion, il ne se trompait que sur le siége de l'engorgement; mais il a eu l'immense mérite de concevoir et d'appliquer une méthode de traitement fort rationnelle : c'est ainsi

qu'il faisait, qu'on nous permette de le dire, de la prose sans le savoir.

En 1832, M. Duparcque publia un livre recommandable, intitulé : *Traité théorique et pratique sur les altérations organiques, simples ou cancéreuses de la matrice.* Dans cet ouvrage l'auteur insiste beaucoup sur les engorgements du corps de l'utérus, et surtout sur ceux du col, dont il distingue plusieurs variétés. Il conseille les émissions sanguines, et en particulier l'application de sangsues sur le col de la matrice. On voit que M. Duparcque développe des doctrines qui ne s'éloignent guère de celles de Lisfranc.

Cependant les idées de Lisfranc et celles de M. Duparcque ne furent pas accueillies avec beaucoup de faveur; elles furent même réprouvées par un grand nombre de praticiens. Elles rencontrèrent surtout un rude adversaire en M. Velpeau. Ce chirurgien nia les engorgements utérins d'une manière absolue; et ce que Lisfranc leur rapportait, il l'attribua aux déplacements de la matrice. L'éminent professeur fit une étude très-soignée des changements de direction de l'organe; il crut pouvoir affirmer que les tumeurs que Lisfranc regardait comme des engorgements partiels n'étaient pas autre chose que la saillie du corps de l'utérus, infléchi ou dévié tantôt en avant, tantôt en arrière, d'autres fois sur les côtés. M. Velpeau, comme Lisfranc, méconnut les engorgements péri-utérins. Il admit, mais comme rare et très-exceptionnelle, la métrite interne chronique ; pour lui aussi la leucorrhée était un simple catarrhe. Mais les altérations du museau de tanche fixèrent très-sérieusement son attention; il étudia particulièrement la métrite granuleuse du col, à laquelle il fit jouer un grand rôle dans les affections de la matrice.

M. Velpeau préconisa les moyens mécaniques, et particulièrement la ceinture hypogastrique, contre les déplacements de l'utérus. Nous verrons dans la suite quels sont les avantages et les dangers de ces moyens, qui paraissent si simples au premier abord. M. Velpeau avait songé à redresser la matrice par une sonde de caoutchouc introduite dans le corps de l'organe, mais il n'a pas donné suite à ses expériences. Nous verrons que d'autres sont allés plus loin, et ont réalisé, sur une grande échelle, l'idée du savant chirurgien de la Charité. Contre les granulations du col, il employa la cautérisation au nitrate d'argent. A la leucorrhée, il opposa l'emploi prolongé des

injections astringentes, et surtout la décoction de roses de Provins dans du vin. Enfin, il combattit les douleurs avec de larges vésicatoires sur le bas-ventre, plus rarement avec des ventouses scarifiées.

Amussat émit des idées peu différentes de celles de M. Velpeau. Il fit aussi jouer un grand rôle aux déviations utérines et à la métrite granuleuse du col; mais il fut plus hardi en thérapeutique. Voyant l'innocuité des instruments introduits dans la cavité utérine par Récamier, il essaya de redresser mécaniquement la matrice déviée, de la replacer et de la maintenir dans son axe normal au moyen d'une tige rigide introduite dans l'intérieur de l'organe. Mais les premiers essais d'Amussat furent funestes, et ce sage praticien s'empressa de renoncer à un procédé qu'il considérait comme dangereux pour les jours mêmes des malades. Nous verrons bientôt jusqu'à quel point fut suivie cette leçon de prudence donnée par Amussat.

M. Ricord, dans un mémoire lu en 1832 devant l'Académie de médecine, insiste beaucoup sur l'origine des écoulements blancs chez la femme. Il les distingue suivant qu'ils viennent de la surface vaginale, de la muqueuse qui recouvre le museau de tanche ou de l'intérieur même de l'utérus. Dans le même travail, il s'occupe avec soin des engorgements du col et des diverses espèces d'ulcérations et de végétations dont cette partie de l'organe peut devenir le siége. Enfin, il indique les moyens thérapeutiques généraux et locaux qui lui semblent les plus propres à triompher de ces lésions. Il partage, pour le traitement général, les idées que Lisfranc cherchait à propager.

Dans le courant de la même année, et quelques mois après M. Ricord, M. Hervez de Chégoin communiqua à la même compagnie savante un Mémoire où il traitait de quelques déplacements de la matrice et des pessaires les plus convenables pour y remédier. Dans ce travail, l'auteur donne d'excellents préceptes sur le traitement des déviations utérines, et fait connaître les nouveaux pessaires qu'il a imaginés pour corriger ces lésions, sans nuire aux fonctions de l'organe ou sans leur apporter d'entraves.

A peu près vers la même époque, l'Académie de médecine entendait la lecture d'un travail de M. Mélier, ayant pour titre : *Considé-*

rations pratiques sur le traitement des maladies de la matrice. En ce temps-là, Récamier venait de remettre en honneur le spéculum, et il s'efforçait d'en vulgariser l'usage. M. Mélier se fait l'avocat de cet utile instrument, et développe les meilleurs arguments pour démontrer la nécessité de l'exploration directe dans les affections utérines. Il y ajoute d'excellents préceptes sur la manière de se servir du spéculum et d'en tirer le meilleur parti possible. Puis il entre dans de longs et intéressants détails sur le traitement des maladies de matrice par les topiques immédiats, et, en particulier, par les bains du col de l'utérus. Il conseille de traiter la matrice malade comme on le ferait d'une partie extérieure ; d'appliquer sur le col des cataplasmes demi-liquides, des topiques divers, des plumasseaux de charpie, des pommades qu'on renouvellera chaque jour, s'il le faut, ou tous les deux jours. Bien avant qu'Aran préconisât les pansements laudanisés du col utérin, M. Mélier avait imaginé et mis en usage, dans les cas semblables et dans le même but, l'application du cérat opiacé. D'ailleurs, M. Mélier reconnaît, avec une franchise qui l'honore, que, déjà avant lui, Bayle, dans l'article Cancer du *Dictionnaire des sciences médicales*, avait parlé d'appliquer des topiques sur le col de l'utérus ; que Chaussier et beaucoup d'accoucheurs avaient porté des préparations de belladone sur cet organe dans les cas de rigidité du col ; que Dupuytren, après avoir pratiqué la cautérisation du col de la matrice, introduisait et laissait dans le vagin des bourdonnets de charpie ; que M. Guillon avait recommandé, dans les métrites chroniques, des cataplasmes liquides introduits dans le vagin à l'aide d'une seringue spéciale ; qu'enfin M. Guilbert avait conseillé d'appliquer des sangsues immédiatement sur le col utérin. Tout cela est fort exact ; mais il n'en reste pas moins à M. Mélier le mérite d'avoir généralisé et vulgarisé, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, la médication topique dans les affections utérines, et d'en avoir soigneusement posé les indications.

L'auteur termine son Mémoire par une savante dissertation sur le catarrhe utérin, qu'il appelle encore état catarrhal ou phlegmasique de la muqueuse du col utérin. Il insiste beaucoup sur l'influence que cet état exerce sur le développement d'autres maladies, et cherche à établir que si la leucorrhée n'est souvent qu'un symptôme d'affections diverses, bien souvent aussi elle devient, à son tour, la cause des maladies les plus graves, qu'elle engendre en se prolongeant. Contre le catarrhe utérin, il préconise les *injections directes* dans la

matrice, dans le double but de combattre l'état inflammatoire de la membrane muqueuse du col, et de la débarrasser des mucosités qui s'y amassent (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*, t. II, 1833).

La métrite est longuement décrite dans l'ouvrage de Dugès et Boivin, qui admettent aussi l'engorgement général ou partiel du tissu propre. Ils décrivent à part et assez longuement la métrite granuleuse du col. L'ovarite occupe aussi une place importante dans ce livre ; mais il est clair que les auteurs n'ont pas connu la fréquence des phlegmasies péri-utérines.

De 1835 à 1839, des travaux importants ont été publiés sur les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques par Dance, Ménière, Husson, Téallier ; par MM. Lebâtard, Piotay et Grisolle. Mais il est à remarquer que ces auteurs n'ont rien dit des phlegmasies péri-utérines et qu'ils ont peu parlé des engorgements limités aux ligaments larges.

Vers l'année 1837, les altérations du col utérin, sur lesquelles M. Velpeau avait appelé récemment l'attention des praticiens, furent soigneusement étudiées, à l'hôpital de Lourcine, par MM. Robert, Huguier et Michon. Ces trois chirurgiens s'appliquèrent à bien discerner et à classer méthodiquement les diverses variétés d'ulcérations et de granulations ; ils en précisèrent la nature, le siége anatomique et le mode d'évolution.

Dès lors, il fut possible de mieux déterminer l'emploi des moyens que ces lésions réclament. L'école de Lourcine vanta outre mesure les applications de sangsues sur le col de la matrice, puis les cautérisations légères. On avait commencé par cautériser timidement avec le nitrate d'argent. Nous avons vu que Lisfranc se servait quelquefois aussi de nitrate acide de mercure. Mais M. Gendrin ne craignit pas de porter sur le col utérin la potasse caustique de Vienne. Son exemple rencontra quelques imitateurs. Filhos trouva le moyen de solidifier ce caustique puissant et d'en faire des crayons cylindriques faciles à manier, dont Amussat vulgarisa l'usage.

Puis vint M. Jobert (de Lamballe), qui, dans les cas de lésions rebelles avec engorgement du col, conseilla et employa la cautérisation au fer rouge.

M. P. Dubois considère les inflexions, la chute, les déviations de l'utérus, l'engorgement et les érosions simples ou granuleuses comme des phénomènes accessoires, et le plus souvent étrangers à la symptomatologie des affections utérines chroniques. Les éléments primitifs et fondamentaux de ces maladies, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue des indications thérapeutiques, sont, suivant lui, l'augmentation de la coloration, de la chaleur et surtout de la sensibilité de l'utérus, modifications accompagnées d'une hypersécrétion muqueuse et purulente; c'est, en un mot, une phlegmasie utérine, et presque dans tous les cas, une phlegmasie catarrhale. Suivant M. Dubois, cette phlegmasie et ses effets sont, le plus souvent, bornés à la région cervicale de l'utérus; toutefois, il reconnaît qu'elle peut franchir cette limite, se développer dans le corps de l'organe, pénétrer plus ou moins profondément dans ses éléments anatomiques, et en accroître le volume et la densité, c'est-à-dire en produire l'engorgement. M. Dubois ne fait que répéter les idées émises seize ans avant lui par M. Mélier.

Plus tard, M. P. Dubois signala et décrivit une affection nerveuse de l'utérus, ou plutôt des organes génitaux, à laquelle il fit jouer un grand rôle. C'est une hyperesthésie, une sensibilité très-vive, tantôt étendue à toute la surface interne des voies génitales, tantôt limitée à la portion vaginale du col utérin, toujours accompagnée d'une coloration rouge des tissus, sans aucune tuméfaction. Lisfranc décrivait les mêmes phénomènes sous le nom d'*état nerveux* de l'utérus.

Malgaigne a beaucoup insisté aussi sur les névralgies utérines, et spécialement sur celles du col, dont il faisait dépendre une grande partie des douleurs qu'éprouvent les femmes atteintes de quelque affection de la matrice. Contre ces sortes de névralgies, Malgaigne proposait et pratiquait la section d'une des lèvres du museau de tanche, quelquefois même des deux, soit avec le bistouri, soit, et de préférence, avec des ciseaux mousses. Malgaigne professait que les déplacements et les déviations de l'utérus sont susceptibles d'amener des troubles assez graves dans la santé des femmes; il faisait grand cas de la ceinture hypogastrique et la prescrivait dans les antéversions, qu'il considérait avec raison comme les plus fréquentes des déviations.

En 1840, Vidal (de Cassis) a publié un Mémoire intitulé : *Essai sur*

le traitement méthodique des affections utérines, dans lequel il reprend les idées déjà émises par M. Mélier, et rapporte un certain nombre d'observations ayant pour but de démontrer le parti avantageux qu'on pourrait tirer des injections intra-utérines dans certaines maladies de la cavité de cet organe.

Hourmann a signalé les dangers de cette pratique. Il a communiqué à l'Académie de médecine une observation de métro-péritonite survenue à la suite d'une injection de feuilles de noyer dans l'utérus.

M. Chéreau, dans une série de *Mémoires pour servir à l'étude des maladies des ovaires* (1844), traça une bonne description de l'ovarite idiopathique et de l'ovarite puerpérale, et signala la fréquence de cette dernière espèce. Ce travail est basé sur un certain nombre d'observations.

Dans la séance du 9 octobre 1849, M. Hervez de Chégoin donne lecture à l'Académie de médecine d'un rapport sur un Mémoire de M. le docteur Baud, ayant pour titre : *Déviations et engorgements de l'utérus ; nouveau moyen de les guérir.* M. Baud soutenait, dans ce travail, que presque toutes les maladies de la matrice sont sous l'influence d'un état général, et que l'état local ne doit être considéré que comme un état passif, un état secondaire ; que souvent les déplacements, les douleurs si vives et si rebelles de l'appareil génital disparaissent avec les changements apportés dans la constitution par un traitement hygiénique et médicamenteux convenable. M. Baud, reconnaissant aussi que les déviations de la matrice persistent quelquefois malgré toutes les médications générales, avait imaginé un instrument pour remédier à celle des déviations qu'il croyait la plus commune, l'antéversion.

M. Gibert professe depuis longtemps des idées analogues à celles que M. Baud a développées dans son Mémoire, et pense qu'il est plus important de combattre l'état général que l'état local chez les femmes atteintes de maladies utérines ; il veut surtout qu'on tienne grand compte des diathèses lymphatique, dartreuse, scrofuleuse, syphilitique, qui, selon lui, provoquent souvent ou entretiennent la leucorrhée. M. Gibert ne fait que reproduire les opinions de Nauche.

En 1846, j'entrepris à mon tour une étude clinique des affections utérines. Jusqu'alors les médecins s'étaient préoccupés surtout des altérations mêmes de la matrice; quelques-uns avaient signalé et décrit les maladies dont l'ovaire peut être le siége ; Récamier, nous l'avons vu, avait cité la première observation d'épanchement sanguin dans l'excavation pelvienne ; un grand nombre de travaux avaient été publiés sur les phlegmons et les abcès des fosses iliaques. Depuis Puzos, l'attention des praticiens était fixée sur les engorgements du tissu cellulaire des ligaments larges, consécutifs à l'accouchement ; Nauche, Dugès et Boivin, Lisfranc et d'autres encore, ajoutèrent des documents utiles à l'œuvre de Puzos. Mes premières recherches, exécutées à l'hôpital Cochin, dans un service où étaient reçues des femmes récemment accouchées, venant de la Maternité, mes premières recherches, dis-je, eurent naturellement pour objet les phlegmons puerpéraux des ligaments larges. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir qu'indépendamment des phlegmons décrits par Puzos, Dugès et Boivin, et qui suivent immédiatement les couches, affectent assez souvent une marche aiguë et se terminent quelquefois par la suppuration, il existe encore d'autres engorgements, à marche lente, insidieuse, à évolution latente, et n'ayant presque pas de tendance à suppurer. Ces tumeurs phlegmoneuses qui, comme les premières, suivent très-souvent les couches, mais qui ne se manifestent qu'un assez long temps après, de sorte qu'on les en croirait indépendantes, ces tumeurs qui peuvent aussi se développer en dehors de l'état puerpéral, et sous l'influence de causes que nou étudierons plus tard, fixèrent désormais mon attention d'une manière toute spéciale. Un de mes internes, M. Boyer, en fit le sujet de sa thèse inaugurale (20 janvier 1848). Dans le courant de l'année 1850, je fis à l'hôpital Cochin des leçons sur les phlegmons des ligaments larges, qui ont été reproduites par la *Gazette des hôpitaux*.

Puis, poussant plus loin mes investigations, je trouvai des engorgements de la même nature non-seulement dans les replis des ligaments larges, à une certaine distance de l'utérus, mais tout auprès de l'organe, dans presque tous les points du tissu cellulaire qui l'environne, en avant, en arrière et sur les côtés.

Jusqu'alors j'avais admis, à l'exemple de Lisfranc, quoique avec une certaine répugnance, les engorgements partiels de l'utérus. M. Velpeau les repoussait, comme nous l'avons dit ; mais il les remplaçait par les déviations utérines, qui ne me paraissaient guère

rendre un compte satisfaisant des phénomènes et des accidents observés chez les malades. La découverte des *phlegmons péri-utérins* (c'est ainsi que je les désignai dès l'origine) mettait un terme à toutes mes incertitudes. Ainsi se trouvait expliquée l'erreur de Lisfranc ; il devenait évident pour moi, désormais, que les engorgements, que ce chirurgien plaçait dans une des parois utérines, avaient en réalité leur siége dans les tissus ambiants. C'est sous mon inspiration que M. le docteur Martin, un de mes élèves, présenta, le 10 décembre 1851, une thèse intitulée : *Des phlegmons des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin.*

En 1852, je continuai mes recherches à l'hôpital de la Pitié, et je fis, pendant trois années consécutives, des leçons publiques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, et, en particulier, sur les engorgements inflammatoires des ligaments larges et des tissus qui entourent la matrice.

L'étude des phlegmons péri-utérins devait me conduire bien naturellement à celle des collections sanguines du petit bassin. De bonne heure, j'ai cherché à discerner les caractères propres de ces deux variétés de tumeurs, afin de pouvoir en établir le diagnostic différentiel. Deux thèses importantes ont été publiées sur l'hématocèle rétro-utérine par deux de mes élèves, M. Cestan (juillet 1854) et M. Prost (novembre 1854). Plus tard (11 juin 1857), M. Gallardo, s'inspirant de quelques idées nouvelles qu'une étude plus attentive de l'hématocèle m'avait permis d'émettre, présenta, sur le même sujet, une dissertation inaugurale, où il donne à l'hématocèle le nom de *péri-utérine*, sous lequel je la désignais déjà depuis longtemps pour exprimer son analogie de siége avec les engorgements.

En même temps que je faisais de persévérantes recherches sur les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines, je ne négligeais point l'étude des phlegmasies propres à l'utérus lui-même. J'ai déjà dit comment j'avais été amené à rejeter, à nier, d'une manière absolue, les prétendus engorgements partiels, admis par Lisfranc ; mais je m'assurai pourtant que le tissu propre de la matrice est susceptible quelquefois de s'engorger en totalité. Dans le cours de cet ouvrage j'aurai l'occasion de décrire cette forme d'engorgement. Je vérifiai l'exactitude des idées de Récamier sur la métrite interne, et j'acquis la conviction que cette affection est plus commune que ne le pensait ce grand praticien et même qu'on ne l'admet généralement de nos jours. Nauche, Récamier, Lisfranc, M. Velpeau, avaient enseigné d'excel-

lentes choses relativement à la leucorrhée; ils en avaient surtout indiqué les caractères d'une manière satisfaisante; mais ce qu'ils avaient dit touchant son origine et sa nature me paraissait douteux. Une étude longue et attentive de la métrite interne m'a conduit à rejeter ce que ces auteurs ont désigné sous le nom de *catarrhe utérin*, et à reconnaître qu'un écoulement blanc, venant de la cavité utérine, est toujours le produit d'une phlegmasie de la muqueuse qui tapisse cet organe.

Je me suis attaché, plus que ne l'avaient fait mes devanciers, à découvrir et à fixer les signes différentiels de la métrite interne du col et de la métrite interne du corps. Depuis longtemps j'ai insisté sur la coexistence fréquente de la métrite et des phlegmasies péri-utérines et sur l'étroite solidarité qui lie ces deux genres d'affections : j'en ai déduit, pour le traitement, des conséquences importantes et qui seront exposées dans la suite.

Les complications de la métrite ont été encore l'objet de ma sérieuse attention. Je me suis appliqué à démontrer que les affections utérines et péri-utérines éveillent souvent dans tout l'organisme les sympathies les plus variées et les plus extraordinaires, et que beaucoup de troubles de l'innervation, névralgies, paralysies, crises hystériformes, généralement considérés comme essentiels ou comme dépendant d'une lésion des centres nerveux, sont liés à une inflammation de la matrice ou de ses annexes. J'ai cherché à déterminer les caractères auxquels on peut reconnaître la véritable origine de ces accidents et les distinguer de ceux qui sont étrangers aux affections du bas-ventre.

Cherchant à réduire les lésions mécaniques de l'utérus à leur véritable rôle, et les dégageant avec soin des lésions vitales qu'elles compliquent souvent, je me suis élevé avec force, dès le principe, contre l'abus des moyens mécaniques proposés dans le traitement des affections utérines.

Enfin, je crois avoir été des premiers à proclamer cette importante vérité, que les maladies de l'utérus et de ses annexes ne s'observent pas exclusivement chez les femmes mariées, ayant eu ou non des enfants, et qu'on les rencontre aussi, avec moins de fréquence, il est vrai, chez les filles vierges.

Dès le début de mes recherches, j'avais été frappé de la confusion, de l'obscurité, des incertitudes qui régnaient surtout dans la thérapeutique des affections utérines; et un de mes soins les plus assidus

a été de jeter quelque jour sur cette espèce de chaos. Traitement général et traitement local, j'ai tout révisé, tout soumis à l'épreuve du contrôle expérimental. Une longue observation m'a appris quel avantageux parti on peut tirer quelquefois des émissions sanguines modérées dans la métrite interne et dans les phlegmasies péri-utérines : j'ai donc adopté, jusqu'à un certain point, la méthode de Lisfranc, mais en la restreignant, en l'assujettissant à des règles nouvelles, en lui faisant subir enfin les modifications dont l'observation m'avait démontré. l'utilité.

Le cathétérisme utérin, l'emploi de la curette de Récamier, les cautérisations intra-utérines et le choix des caustiques à employer, toutes ces questions ont été de ma part le sujet d'études persévérantes et d'applications multipliées. On verra plus tard avec quel soin je me suis appliqué à poser nettement les indications et les contre-indications qui se rattachent à l'emploi de ces moyens.

Enfin, le traitement des complications était si imparfait, laissait tellement à désirer, qu'on peut dire, sans exagération, que les accidents sympathiques des maladies utérines faisaient le désespoir des praticiens tout aussi bien que des malades. J'ai trouvé dans la cautérisation transcurrente avec le fer rouge un remède énergique, presque toujours infaillible contre ces douleurs atroces et rebelles, ces paralysies opiniâtres qui compliquent la métrite interne ou les phelgmasies péri-utérines et qui, le plus souvent, survivent à la lésion qui leur a donné naissance.

Mes opinions et mes recherches sur ces différents points de la pathologie utérine ont déjà reçu quelque publicité. On les trouvera consignées dans les dissertations inaugurales de plusieurs de mes élèves, et nommément de MM. Delage (*Sur les granulations intra-utérines et l'emploi de la curette*, — 27 août 1856), Esnaut (*Sur les paralysies symptomatiques de la métrite et du phlegmon péri-utérin*, — 26 août 1857), Vallin (*Des paralysies sympathiques des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 11 février 1858), Letellier (*De la métrorrhagie symptomatique*, — 25 février 1858).

Il y avait déjà plusieurs années que je m'occupais de l'étude des phlegmons péri-utérins, quelques-uns de mes élèves avaient publié des travaux sur ce sujet, M. Boyer en 1848 et M. Martin en 1851, j'avais même fait à la Pitié des leçons publiques sur ce genre d'affections, lorsque Valleix, alors mon collègue dans cet hôpital, s'occupa, à son tour, de cette question et, après bien des hésitations, reconnut

enfin la fréquence du phlegmon péri-utérin, et publia sur ce sujet un mémoire dans l'*Union médicale* (1855). Peu de temps après, un de ses élèves, M. Gallard, en fit l'objet de sa thèse inaugurale (1856).

Une étude vers laquelle Valleix a plus spécialement dirigé ses recherches, c'est celle des déviations utérines. Déjà Kiwisch, en Allemagne, M. Simpson, en Écosse, avaient essayé de relever l'espèce de discrédit dans lequel ces sortes de lésions étaient tombées en France et de leur rendre l'importance si contestable dont elles avaient joui naguère. Ces deux médecins éminents, revenant aux idées primitivement professées par M. Velpeau et par Amussat, allant même au delà de ce qu'avaient enseigné ces maîtres habiles, poussèrent jusqu'à l'exagération peut-être le rôle des déviations utérines dans la pathologie de la femme. Redresser l'utérus, lui rendre sa direction normale, telle était pour eux la grande indication thérapeutique et comme le résumé de leur méthode de traitement. Ils exhumèrent donc les moyens mécaniques depuis longtemps délaissés, tirèrent de l'oubli les instruments de M. Velpeau et d'Amussat, et en imaginèrent de nouveaux.

Séduit par les dehors brillants de la nouvelle méthode, et surtout par les succès annoncés d'outre-Manche, Valleix préconisa l'emploi *des pessaires* ou *redresseurs intra-utérins*, et en fit sur ses malades des applications nombreuses. Tout était merveille dans le traitement des déviations utérines, lorsque M. Broca vint lire à l'Académie de médecine, dans la séance du 31 janvier 1854, une observation de mort survenue à la suite de ce genre de cathétérisme. Dans la séance suivante, M. Cruveilhier communiqua un cas semblable. L'émotion fut grande à l'Académie et dans le monde médical. Dans les séances du 11 et du 12 avril suivant, Valleix vint lui-même, au sein de l'Académie, plaider la cause des redresseurs intra-utérins et présenter la défense de la méthode dite de Simpson. Valleix avait déjà traité, disait-il, 108 cas de déviations par le pessaire intra-utérin, et il n'avait observé qu'une fois des signes de péritonite partielle, qui n'avaient pas tardé à disparaître. Cinq fois, il avait vu se produire un phlegmon péri-utérin, mais sans suites sérieuses : « Quelquefois, ajoutait-il, le traitement amène des métrorrhagies, des attaques d'hystérie et des accès fébriles passagers. » En réunissant à ces faits les cas communiqués par MM. Maunoir, Piachaud, Gaussail, Caradec, Boisonnet, Lediberder, Valleix trouvait que, sur 153 applications

du redresseur, il n'y avait eu que six fois de véritables accidents, toujours combattus avec succès. Et il concluait que de tous les moyens applicables aux déviations utérines il n'en existait aucun aussi efficace, aussi exempt de tout danger que le redresseur intra-utérin. L'Académie chargea une commission, composée de Robert et de MM. Huguier et Depaul, d'étudier la question et de prononcer sur les travaux de Valleix, de M. Cruveilhier et de M. Broca.

M. Depaul, dans les séances du 16 et du 28 mai, donna lecture d'un long et remarquable rapport qui se terminait par la conclusion suivante : « Les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins ont été mal interprétés : — Ces instruments doivent être proscrits parce qu'ils sont inutiles, impuissants à produire les effets qu'on en attend et qu'ils font courir aux malades les dangers les plus sérieux. »

Alors s'engagea une mémorable discussion qui dura près de quatre mois. Les pessaires intra-utérins trouvèrent peu de sympathies dans la docte assemblée. Malgaigne monta le premier à la tribune, et, dans une première oraison, déclara que les conclusions du rapport étaient trop absolues, qu'il fallait laisser à l'expérience et au temps le soin de décider sur l'opportunité du nouveau traitement. A un mois de là, il prononça un second discours, dans lequel il fulmina contre le redresseur une écrasante péroraison. MM. Huguier, Velpeau, Dubois et Ricord, tout en reconnaissant les dangers de ce moyen, déclarèrent, mais timidement, que le pessaire intra-utérin pouvait être utile s'il était convenablement appliqué, et qu'il n'y avait pas encore lieu d'en condamner l'usage dans la pratique. Amussat, Moreau, MM. Gibert, Hervez de Chégoin, Cazeaux, Robert et Piorry se prononcèrent formellement contre la méthode de Simpson. M. Depaul, malgré toute sa verve, ne put pas entièrement sauver ses conclusions. L'Académie décida :

« 1° Que les observations communiquées par MM. Broca et Cruveilhier, jointes à celles plus nombreuses que possède la science, prouvent que l'application du pessaire intra-utérin peut donner lieu à des accidents sérieux, et même quelquefois à la mort; 2° que, dans les cas, rares d'ailleurs, où cet instrument a paru produire des résultats avantageux, il n'est pas prouvé qu'il ait toujours agi en redressant l'utérus. »

L'Académie constatait simplement des faits évidents pour tout le monde; mais elle ne concluait pas. Relativement à l'utilité ou aux

dangers du redresseur, elle ne se prononçait point; elle laissait la question irrésolue.

Cependant la discussion avait servi à quelque chose. Chaque orateur était venu exposer à la tribune ses opinions, sa doctrine, sur les affections de la matrice; de sorte que nous vîmes quel était de nos jours le bilan de la science sur ce difficile sujet. Hélas! l'inventaire ne fut guère du goût de Malgaigne. L'éloquent professeur, voyant que chacun de ses collègues n'avait fait que répéter absolument les idées émises dans la discussion de 1849, déclara qu'il n'avait été accompli aucun progrès depuis cette époque, et s'écria avec désespoir : « La pathologie utérine n'a pas fait un pas depuis cinq ans; c'est toujours le même chaos, les mêmes obscurités! »

Une pareille déclaration n'était pas encourageante; cependant elle a stimulé notre zèle, et nous avons pensé qu'il était de notre devoir de faire connaître ce qu'une longue pratique nous avait appris sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Heureux si nos efforts aboutissent à jeter quelque lumière dans un sujet si obscur!

Pour achever cette esquisse historique, nous devons signaler quelques travaux importants publiés de nos jours. En France, MM. Nélaton, Laugier, Denonvilliers, Richet, ont fait d'utiles recherches sur l'hématocèle péri-utérine : et des thèses intéressantes ont été présentées sur le même sujet par quelques élèves de l'école de Paris. On doit à M. Gosselin des études consciencieuses sur les phlegmons péri-utérins, à M. Huguier, un excellent mémoire sur l'allongement hypertrophique du col de la matrice; à Aran, des *Leçons cliniques* sur les maladies de l'utérus et de ses annexes; à Becquerel, un *Traité* sur la même matière; à MM. Bernutz et Goupil, des recherches cliniques sur les *Maladies des femmes;* à Bauchet, un mémoire sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire; à M. Albert Puech, un travail sur l'atrésie des voies génitales de la femme.

A l'étranger, il faut mentionner principalement : MM. Simpson (d'Edimbourg), dont il est question à propos des pessaires intra-utérins; Bennet, qui n'a produit aucun travail original et n'a fait qu'apporter en Angleterre les idées des maîtres éminents dont il avait recueilli les enseignements en France; Kiwisch et Mayer, qui se sont occupés surtout des déplacements de l'utérus et des moyens d'y remédier; Scanzoni, qui a publié un ouvrage remarquable surtout par les développements que l'auteur a donnés à l'étude des lé-

sions anatomiques; West (de Londres) et Churchill (de Dublin), auteurs de deux traités récents de gynécologie, le dernier traduit en français par MM. Wieland et Dubrisay; enfin Marion Sims, qui a apporté d'utiles modifications au procédé de M. Jobert (de Lamballe) pour la cure des fistules vésico-vaginales.

Une des questions qui ont le plus occupé l'opinion médicale, en France et à l'étranger, dans ces derniers temps, c'est l'extirpation des kystes de l'ovaire. L'ovariotomie, opération d'origine française, était presque tombée dans l'oubli parmi nous, lorsqu'en Angleterre, en Amérique et en Allemagne elle entrait, après de hardies tentatives, dans le domaine de la chirurgie courante. Depuis 1860, cette opération a donné lieu à d'importantes recherches, auxquelles ont pris la part la plus active MM. Clay, Backer-Brown, Spencer Wells, Langenbeck, Kiwisch, Siebold, Nélaton, Kœberlé, Demarquay, Boinet, etc.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir tracé un historique complet de la pathologie des organes génitaux chez la femme. Nous n'avons voulu signaler que les travaux qui avaient été faits sur les affections dont il est plus particulièrement question dans cet ouvrage, et qui nous paraissent aussi les plus importantes au point de vue pratique, tant à cause de leur fréquence qu'à cause des ressources dont l'art dispose pour les améliorer ou les guérir.

PROLÉGOMÈNES

CHAPITRE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS SOMMAIRES SUR L'ANATOMIE DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME.

Nous ne nous proposons pas ici de décrire avec détails les organes génitaux de la femme ; notre but est surtout de rappeler les notions qui peuvent le plus aider à l'intelligence des faits pathologiques que nous exposerons plus loin. On trouvera, d'ailleurs, la description détaillée et complète de ces organes dans les traités d'anatomie de MM. Cruveilhier, Sappey, Richet, Jarjavay, etc.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance des données de l'anatomie et de la physiologie pour l'étude de la pathologie. Comment, en effet, se former une idée juste, précise, des changements imprimés par les maladies à nos organes et à leurs fonctions, si l'on ignore quelles sont les conditions de l'état normal ?

Entrons donc immédiatement en matière.

L'appareil génital, chez la femme, comprend : 1° des organes externes, *vulve* et *vagin ;* 2° des organes internes, *utérus*, *ovaires*, *trompes* et *ligaments*.

ARTICLE PREMIER

DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES.

1° **Vulve.** — Elle forme la partie extérieure et comme le *vestibule* de l'appareil génital.

Située dans la région sous-pubienne, la vulve s'étend d'avant en arrière et de haut en bas, depuis l'hypogastre jusqu'au périnée. Elle se compose du pénil, des grandes et des petites lèvres, du clitoris, du méat urinaire et de l'orifice du vagin.

Le *pénil* ou *mont de Vénus* correspond à la symphyse du pubis, au devant de laquelle il fait un relief légèrement arrondi, dû à la présence d'une pelote graisseuse sous-cutanée. Glabre dans le premier

âge, il se couvre de poils, sauf de très-rares exceptions, à l'époque de la puberté.

Les *grandes lèvres* constituent, à droite et à gauche, les limites de la vulve qu'elles séparent de la partie supérieure et interne des cuisses. Isolées l'une de l'autre, dans leur partie moyenne, par une fente longitudinale, elles s'unissent, en haut et en avant, au-dessous du pénil; en bas et en arrière, au-devant du périnée. La commissure antéro-supérieure n'a reçu aucune désignation particulière; la commissure postéro-inférieure porte le nom de *fourchette*.

La *fourchette* borne, en avant, une dépression appelée *fosse naviculaire*. Cette dépression, ordinairement superficielle, peut être effacée par suite du déchirement de la fourchette; elle peut aussi s'agrandir, présenter anormalement une profondeur de 2 à 4 centimètres et en imposer pour un diverticulum du vagin.

La saillie du bourrelet que présentent les grandes lèvres est très-variable suivant l'âge, les conditions physiologiques, l'état d'embonpoint ou de maigreur des sujets.

Leur face externe ou crurale est formée d'un repli de la peau, qui, de même que le pénil, se couvre de poils à l'âge pubère. La face interne ou vulvaire est lisse, rosée, et offre tous les caractères d'une membrane muqueuse.

La peau des grandes lèvres présente souvent, surtout chez les femmes brunes, une teinte pigmentaire plus ou moins foncée, qui s'étend quelquefois en taches irrégulières jusque sur la face interne.

Le tégument cutané-muqueux des grandes lèvres est doublé d'un tissu cellulo-graisseux abondant qui donne à ces organes la souplesse et l'élasticité que leurs fonctions rendent nécessaires. Cette condition anatomique les expose à de fréquentes infiltrations séreuses ou séro-sanguines et explique la facilité avec laquelle la suppuration s'y développe.

On trouve aussi dans l'épaisseur des grandes lèvres un organe qui semble être un dartos rudimentaire, que M. Broca a décrit sous le nom de *sac dartoïque*, et M. Sappey sous celui de *sac élastique*. Ce sac, dont la base confine à la fourchette et dont le sommet s'insère à l'anneau inguinal, contient un tissu cellulo-adipeux plus dense et plus ferme que celui qui double immédiatement le tégument.

Les grandes lèvres sont abondamment pourvues de bulbes pileux, de glandes sudoripares, de follicules muqueux et sébacés. Chez beaucoup de femmes ces petits organes forment de légères saillies

qui donnent à la surface tégumentaire une apparence inégale et comme chagrinée.

Les follicules muqueux et les follicules sébacés sont destinés à lubrifier sans cesse les grandes lèvres, afin de faciliter les frottements de leurs surfaces, et de prévenir toute irritation. Ces organes glanduleux sont sujets à s'engorger ou à s'enflammer et peuvent devenir ainsi l'origine et le siége de kystes ou d'abcès.

En arrière des grandes lèvres, sur la limite de la vulve et du vagin, existent les *glandes vulvo-vaginales* découvertes d'abord par Duverney sur la vache, puis par Bartholin sur la femme, et au sujet desquelles M. Huguier a publié, en 1850, un mémoire important sous le double rapport de la physiologie et de la pathologie. Ces glandes sont au nombre de deux : une de chaque côté. Elles ont le volume d'une petite amande, et sont en rapport en dedans avec la paroi vaginale et en dehors avec les fibres du muscle constricteur du vagin. Elles correspondent à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la vulve ; et l'on peut aisément les sentir, en cet endroit, à travers les téguments, en les saisissant entre le doigt indicateur introduit dans le vagin et le pouce appliqué sur le bord de la grande lèvre.

Les glandes vulvo-vaginales appartiennent à la classe des acineuses ; elles offrent une grande analogie avec les glandes salivaires et les glandes lacrymales. Leur conduit excréteur, long de 9 à 13 millimètres, se dirige obliquement en haut et en dedans et vient s'ouvrir à la face interne des grandes lèvres.

Le liquide muqueux et filant que ces glandes sécrètent est destiné à lubrifier la vulve et l'orifice du vagin.

Les glandes vulvo-vaginales sont susceptibles de s'enflammer et de suppurer ; et leur inflammation constitue, comme on le verra dans la suite, une forme particulière de vulvite.

Leur conduit peut s'oblitérer, et cette oblitération devenir l'origine d'un kyste, par suite de l'accumulation du produit de sécrétion.

Les *petites lèvres* ou *nymphes* forment en dedans et un peu en arrière des grandes lèvres deux replis muqueux, minces, irréguliers et d'une teinte rosée chez les jeunes filles ; plus épais, d'une coloration rouge foncée, à surface inégale et à bords dentelés chez les femmes mariées et surtout chez les multipares. Très-rarement et à moins d'anomalie, les petites lèvres, chez les premières, dépassent les grandes lèvres, tandis que souvent, chez les secondes,

elles forment, au-devant de la fente vulvaire, une saillie qui devient parfois assez gênante pour en nécessiter l'excision. Cette exubérance des petites lèvres est normale dans la race hottentote ; elle acquiert entre les cuisses une longueur de 15 à 20 centimètres, et porte le nom significatif de *tablier*.

Les petites lèvres sont dépourvues de poils ; mais elles contiennent un grand nombre de glandes sébacées, auxquelles elles doivent en grande partie l'apparence inégale de leur surface. Dans leur épaisseur on trouve un tissu cellulaire plus serré que celui des grandes lèvres et qui jamais ne s'infiltre de graisse.

L'extrémité inférieure de ces replis muqueux se confond insensiblement avec les parois de la vulve, au-dessus de la fourchette. Leur extrémité supérieure se réunit à angle aigu, sur la ligne médiane, au-dessous de la commissure antéro-supérieure des grandes lèvres, et forme une espèce de gaîne ou de prépuce au clitoris.

Le *clitoris* est un organe érectile, analogue aux corps caverneux et situé à la partie supérieure du vestibule de la vulve. Il est ordinairement conique, quelquefois bifide. Sa longueur normale varie de 5 à 10 millimètres ; exceptionnellement il acquiert des dimensions assez grandes pour simuler un pénis et faire croire à l'existence d'un hermaphrodisme.

De petites glandes sébacées, décrites par Robert sous le nom de follicules vestibulaires, sont groupées, au nombre de huit à dix, à la racine du clitoris, comme les glandes de Tyson à la base du prépuce chez l'homme, et elles sécrètent, comme ces dernières, une matière caséeuse, blanchâtre et fortement odorante.

Immédiatement au-dessous et en arrière du clitoris, la membrane muqueuse présente une surface triangulaire plane et lisse, dont l'étendue varie de 1 à 2 centimètres, c'est le *vestibule*. Cette surface a pour limites, sur les côtés, l'extrémité supérieure convergente des petites lèvres, et en bas, le méat urinaire.

Le *méat urinaire* est situé au niveau de l'arcade pubienne, au-dessous du vestibule, en avant et au-dessus de l'entrée du vagin. Cet orifice est marqué par une dépression au centre d'une petite couronne de franges muqueuses ou de plis radiés. A 5 ou 6 millimètres au-dessous, on trouve un tubercule saillant, qui peut servir de guide lorsqu'on pratique le cathétérisme de la vessie, sans découvrir la femme. Dans ce cas, il faut d'abord introduire le doigt indicateur dans la fente vulvaire, le ramener doucement de bas en haut

et d'arrière en avant jusqu'à ce qu'on sente le relief de ce tubercule ; on glisse alors la sonde sur la pulpe du doigt explorateur, et il suffit de diriger la base de l'instrument en haut et en avant pour pénétrer dans l'urèthre.

L'*urèthre*, chez la femme, est creusé dans l'épaisseur de la paroi vaginale antérieure. Il est long de 3 centimètres environ, et il forme sous l'arcade pubienne une courbure à concavité dirigée en haut et un peu en avant.

L'*ouverture* ou *orifice du vagin* est placée immédiatement en arrière de la vulve et plus spécialement des petites lèvres.

Cet orifice, habituellement libre chez les femmes défiorées, est occupé et comme défendu par la membrane hymen chez les vierges.

La *membrane hymen* est un repli de la muqueuse vulvo-vaginale, renfermant dans son épaisseur des fibres musculaires, du tissu lamineux, des vaisseaux et des nerfs.

Rarement elle obstrue complétement l'entrée du vagin. Le plus souvent elle forme un repli semi-lunaire, un croissant, dont le bord adhérent correspond à la commissure postéro-inférieure de la vulve et dont le bord libre, tourné vers la commissure antéro-supérieure, circonscrit un hiatus plus ou moins étroit qui fait communiquer la cavité vaginale avec l'extérieur. Dans certains cas, l'hymen offre la forme d'un anneau ou, si l'on veut, d'un diaphragme perforé à son centre. Chez quelques sujets il est réduit à un état tellement rudimentaire qu'on en découvre difficilement les traces ; chez d'autres, il n'a jamais existé.

En général, l'hymen est déchiré, pendant les premiers rapprochements sexuels. Cette déchirure ou défloration s'accompagne de douleur et d'effusion de sang. Les lambeaux de la membrane hyméniale se retrouvent à l'orifice du vagin, où ils constituent les *caroncules myrtiformes*.

On cite l'exemple très-exceptionnel de quelques femmes dont l'hymen très-dilatable a résisté aux rapports conjugaux et conservé son intégrité jusqu'à l'accouchement.

La structure de l'orifice vaginal est digne d'intérêt. Sous la membrane muqueuse qui le tapisse, on trouve deux organes importants : un organe érectile, le bulbe du vagin ; et un muscle, le constricteur du vagin.

Le *bulbe du vagin* occupe la moitié antéro-supérieure de l'orifice vaginal. Par sa partie moyenne, il est en rapport avec le méat uri-

naire et les racines du clitoris; il se termine par deux extrémités renflées, de la grosseur d'une amande.

Le *muscle constricteur* ou *sphincter du vagin* forme, des deux côtés de l'entrée de ce conduit, sous la muqueuse, deux faisceaux de fibres arciformes et concentriques, qui en avant s'insèrent au ligament suspenseur du clitoris, et en arrière s'unissent et s'entrecroisent avec le sphincter externe de l'anus.

Le bulbe et le muscle constricteur concourent ensemble à former une sorte de bourrelet annulaire, élastique et contractile, désigné sous le nom d'*anneau vulvaire* et auquel on attribue un rôle actif pendant le coït. Cet anneau oppose souvent une résistance et même quelquefois un obstacle à l'introduction du spéculum.

2° **Vagin.** — Le *vagin* est un canal membraneux destiné à mettre l'utérus et les ovaires en rapport avec la vulve et, par la vulve, avec l'extérieur.

Sa direction suit l'axe du petit bassin; elle s'adapte sensiblement à celle du coccyx et du sacrum; le vagin décrit donc une courbe à concavité antérieure et supérieure. Il importe de ne pas oublier ce fait anatomique quand on procède à l'application du spéculum. On doit le diriger d'abord de bas en haut et d'avant en arrière, puis de bas en haut et d'arrière en avant, en abaissant le manche de l'instrument.

La disposition de la symphyse pubienne, sa longueur exagérée, son abaissement considérable, son inclinaison très-prononcée, peuvent modifier légèrement la direction de la vulve et de l'axe vaginal. Cette anomalie peut apporter, il est vrai, quelques difficultés à l'introduction du spéculum; mais il est toujours possible de les éviter en pratiquant le toucher préalable.

La longueur du vagin ne présente aucune fixité. Elle varie avec la direction de la vulve et la mobilité de l'utérus. En moyenne elle est de 9 à 10 centimètres; selon M. Velpeau, elle peut descendre à 6 et même à 5 centimètres; et d'après Lisfranc, elle pourrait s'élever jusqu'à 21 centimètres, chiffre évidemment exagéré. La paroi antérieure est plus courte que la paroi postérieure, d'où il résulte qu'il est toujours plus facile d'atteindre le col de l'utérus en suivant la première de ces parois que la seconde.

Le vagin est un canal très-dilatable, et son calibre est sujet aux plus grandes variations. La capacité de ce conduit est augmentée

par les rapprochements sexuels, et plus encore par le travail de l'accouchement. Chez les femmes avancées en âge, le diamètre du vagin diminue, par suite du retrait progressif de ses parois. Cette rétraction peut quelquefois être partielle et donner lieu à des rétrécissements sur lesquels Lisfranc a beaucoup insisté. « Chez les femmes dont les règles vont se supprimer, dit-il, chez celles qui sont à l'époque critique ou qui l'ont dépassée, la partie supérieure du vagin offre des anomalies importantes à connaître. Soumise au retrait du col utérin, soumise à la loi d'atrophie qui frappe en général les organes génitaux du sexe féminin à l'âge de retour, l'extrémité supérieure du canal utéro-vulvaire peut offrir une diminution de capacité ordinairement fort remarquable. On y voit souvent des brides, des saillies valviformes, tantôt uniques, tantôt multiples; elles sont plus ou moins circulaires. Le relief qu'elles présentent n'est pas toujours le même; elles peuvent s'élever à une assez grande hauteur au devant du col de la matrice, le masquer plus ou moins, et le cacher même quelquefois entièrement. Ces espèces de brides gênent plus ou moins le toucher et peuvent même le rendre impossible, ainsi que l'examen au spéculum. Ce rétrécissement est quelquefois tel que l'oblitération complète de la partie supérieure du vagin s'ensuit, ou bien encore que sa capacité est réduite au diamètre de 2 ou 5 millimètres et même moins. Il s'observe aussi, mais beaucoup plus rarement, sur les autres points du canal. »

Mais, même à l'état normal, le vagin n'offre pas un égal diamètre dans toute son étendue. Il est plus étroit à son extrémité antérieure ou vulvaire qu'à sa partie moyenne, et surtout qu'au voisinage de son extrémité postérieure où il s'élargit et forme autour du col utérin un évasement infundibuliforme appelé *cul-de-sac du vagin*.

On distingue au vagin deux extrémités et deux parois.

Par son extrémité antéro-inférieure qui a été décrite plus haut et qui constitue son orifice, le vagin fait suite immédiatement à la vulve; par son extrémité postéro-supérieure, il embrasse le col de la matrice. D'après les recherches de M. Mury, l'étendue de l'insertion du vagin sur le col de la matrice est, pendant la période d'activité menstruelle, de 15 millimètres en avant et de 12 millimètres en arrière. Cette mesure n'a rien d'absolu; c'est simplement une moyenne.

Les parois du vagin se divisent en paroi antéro-supérieure et paroi postéro-inférieure.

Ces parois, habituellement appliquées l'une sur l'autr
en haut où elles sont séparées par le col de l'utérus, se lai
tendre avec une extrême facilité; il en résulte qu'elles
aisément l'une de l'autre par l'introduction d'un corp
comme le spéculum, et que le vagin, d'aplati qu'il était,
arrière, prend la forme d'un canal cylindrique en se m
l'instrument.

Nous avons déjà dit que la paroi antéro-supérieure est pl
que la paroi postéro-inférieure.

La paroi antéro-supérieure est en rapport avec la vessi
péritonéal vésico-utérin, l'urèthre et la symphyse pub
paroi postéro-inférieure est en rapport avec le rectum et
sac péritonéal recto-vaginal.

M. Cruveilhier signale trois plans membraneux dans la
du vagin : 1° une membrane interne ou muqueuse; 2° u
moyenne ou fibro-érectile; 3° une couche externe an
dartos.

La *membrane muqueuse vaginale* se continue en avant
de la vulve, en arrière avec celle de l'utérus. On y rema
espèces de plis, les uns médians et longitudinaux, nommés
vagin; les autres latéraux et dirigés transversalement, qui c
par leur ensemble la *lyre du vagin.* L'étendue de ces plis
par le relâchement des parois vaginales et dans la lésio
sous le nom de *chute de l'utérus.* Dans certains cas le rel
est tel que la muqueuse du vagin fait hernie à travers l'a
vaire. Cette disposition entraîne souvent de grandes diffic
l'examen au spéculum et la découverte du col de la matric
instrument. La muqueuse vaginale est couverte de pap
breuses et tapissée d'un épithélium pavimenteux.

La *tunique moyenne* serait composée, suivant M. Cruveil
tissu fibro-érectile analogue au corps spongieux de l'ur
l'homme, et suivant M. Sappey de fibres musculaires,
lamineuses et de fibres élastiques intriquées de la manière
time et la plus étroite.

M. Sappey et d'autres anatomistes donnent le nom
externe à la couche mince de tissu cellulo-fibreux qui
vagin aux organes adjacents, tandis que M. Cruveilhier dé
un tissu assez épais d'apparence dartoïque et auquel il at
propriétés contractiles vermiculaires. Il est évident que ce

toïque n'est autre que la couche moyenne musculo-élastique de M. Sappey.

Les trois tuniques du vagin et le tissu cellulaire qui les double concourent à former, par leur union, la *cloison vésico-vaginale* en avant, et la *cloison recto-vaginale* en arrière.

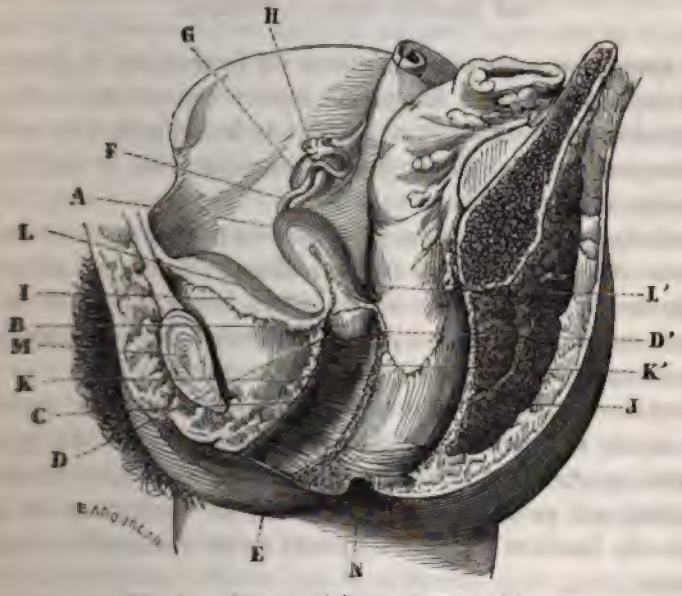

FIG. 1. — Organes génitaux externes et internes.

A. Corps de l'utérus.
B. Col de l'utérus.
C. Conduit vaginal.
D. Cul-de-sac vaginal antérieur.
E. Cul-de-sac vaginal postérieur.
F. Orifice vulvaire.
G. Trompe utérine.
H. Ovaire.
I. Pavillon de la trompe.
J. Vessie.
J. Rectum.
K. Cloison vésico-vaginale.
K'. Cloison recto-vaginale.
L. Cul-de-sac péritonéal antérieur ou vésico-utérin.
L'. Cul-de-sac péritonéal postérieur, rétro-utérin ou utéro-rectal.
M. Symphyse du pubis.
N. Anus.

Les organes génitaux externes de la femme reçoivent leurs *artères :* 1° de la honteuse interne (branches clitoridienne, caverneuse, vulvaire ou périnéale inférieure) ; 2° de l'hypogastrique, de l'utérine, de la vésicale inférieure et de l'hémorrhoïdale moyenne (branches vaginales).

Les *veines* suivent le même trajet que les artères, se réunissent en riches plexus autour du col et de la base de la vessie, et se jettent dans les troncs hypogastriques.

Les *lymphatiques* se rendent dans les ganglions pelviens et dans les ganglions inguinaux.

Les *nerfs* sont fournis par le plexus hypogastrique.

ARTICLE II.

DES ORGANES GÉNITAUX INTERNES.

1° **Utérus ou matrice.** — L'utérus est l'organe de la gestation. Il est aux ovaires ce que la vésicule biliaire est au foie, ce que la vessie est aux reins. Il reçoit le produit de la conception et lui sert de réceptacle, jusqu'à ce que le fœtus ait acquis assez de force pour supporter la vie extérieure.

Il est situé dans l'excavation pelvienne, sur la ligne médiane, entre la vessie et le rectum; il s'y trouve maintenu, de chaque côté, par les ligaments ronds et par les ligaments larges, auxquels il est comme suspendu. Libre à sa partie supérieure, il est embrassé inférieurement par l'extrémité supérieure du vagin (fig. 1).

L'utérus est dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, de sorte que son axe se confond avec celui du détroit supérieur du bassin. Il existe pourtant une déviation oblique de haut en bas et de droite à gauche, qui paraît tenir à la présence du rectum sur le côté gauche du bassin et qui est si fréquente qu'on la considère comme normale.

Les connexions de l'utérus sont très-lâches et très-extensibles ; il en résulte que cet organe flotte, pour ainsi dire, dans l'excavation pelvienne, et qu'on ne saurait lui assigner un axe fixe, ainsi que M. Cruveilhier le fait observer avec raison; aussi peut-il exécuter, dans tous les sens, des mouvements plus ou moins étendus. Cela nous explique pourquoi cet organe subit des changements dans sa position normale, sans qu'il s'ensuive aucun accident. Les viscères qui l'entourent, nécessitaient cette mobilité : la vessie est-elle remplie, elle repousse sans inconvénient l'utérus en arrière; si des matières fécales sont accumulées dans le rectum, l'utérus se trouve porté en avant sans douleur; des tumeurs peuvent le déjeter impunément soit d'un côté, soit d'un autre. Mais c'est surtout en vue de la grossesse qu'il fallait à l'utérus la possibilité de se développer et de se mouvoir dans tous les sens.

Quel est normalement l'axe propre de la matrice? Jusque dans ces dernières années, on admettait que l'utérus était droit, c'est-à-dire

que le corps et le col de cet organe étaient dirigés suivant la même ligne. Dans leurs thèses inaugurales, M. Piachaud (1852) et M. Boullard (1853) ont soutenu que cet organe est le plus souvent infléchi en avant, chez le fœtus, les filles vierges et les femmes nullipares; mais que cette antéflexion, qu'ils considèrent comme la règle, disparaît ordinairement après la gestation. Nous ne saurions nous ranger entièrement à cette opinion, malgré l'appui que M. Verneuil lui a prêté devant la Société de chirurgie. D'une part, nous pensons, avec M. Depaul, que la majorité des cas d'antéflexion, cités par M. Boullard et observés par lui à l'amphithéâtre, pouvaient bien dépendre d'un effet cadavérique; d'autre part, nous avons constaté un trop grand nombre de fois l'antéflexion sur des femmes ayant eu des enfants, pour pouvoir admettre que cette disposition prétendue native de l'utérus soit corrigée par la grossesse, comme le veulent les auteurs des travaux précités. Nous admettons donc, avec M. le professeur Richet, que l'utérus, sans être toujours rectiligne, comme l'enseignent la plupart des anatomistes, ni toujours antéfléchi, comme le prétendent MM. Piachaud, Boullard, et Verneuil, « est le plus souvent légèrement et régulièrement incurvé en avant, et que son axe semble suivre la direction du canal pelvien. Or, comme le bassin décrit une courbe à concavité antérieure, l'axe de la matrice est dirigé dans le même sens. »

Si l'on considère l'utérus dans les différents âges, on voit qu'il a un volume très-variable. Dans l'âge de la puberté, au moment où il a pris tout son développement normal, ses dimensions sont les suivantes :

	1° Chez les nullipares.	2° Chez les multipares.
Longueur.....	60 millimètres.	70 à 80 millimètres.
Largeur.....	38 —	45 —
Épaisseur.....	17 —	23 —

Les dimensions relatives du col et du corps de l'utérus diffèrent suivant les âges. Dans l'enfance, le col forme les trois cinquièmes de la longueur totale de l'organe; plus tard, ces proportions sont renversées, et à l'époque de la puberté le corps utérin forme les trois cinquièmes de la longueur de la matrice.

Son poids, dans l'état de vacuité, varie entre 32 et 55 grammes. Il est en moyenne, de 42 grammes.

Le volume et le poids de la matrice augmentent sous l'influence

de la menstruation, en raison de la congestion sanguine qui s'o au moment des règles, dans le tissu utérin.

A dater de l'époque de la ménopause, la matrice, n'étant sujette à ces afflux sanguins périodiques, diminue de volume poids à mesure que la femme avance en âge.

L'utérus a été souvent comparé à une poire aplatie d'avant e rière. On peut encore le considérer comme formé de deux cônes es sommets se touchent et dont les bases sont opposées. A l'i des deux cônes existe un étranglement plus ou moins prononc divise l'organe en deux parties : l'une supérieure, le corps ; l' inférieure, le col.

Le péritoine, après avoir tapissé la vessie, se réfléchit sur la antérieure du corps de la matrice en formant le cul-de-sac anté et les *ligaments vésico-utérins ;* puis il s'applique sur le bas-fon l'organe, descend sur sa face postérieure, passe sur la partie s rieure du vagin, et se réfléchit de nouveau vers le rectum, en for le cul-de-sac postérieur et les *ligaments recto-utérins* (fig. 1).

Le cul-de-sac péritonéal antérieur descend moins bas que le de-sac postérieur : aussi, dans son quart inférieur, la face antéri de l'utérus est-elle unie à la vessie par un tissu cellulo-vasculaire lâche, *cloison vésico-utérine*, qui joue un grand rôle dans les constances nombreuses où l'utérus vient à subir des déplacem soit en haut, soit en bas, et qui n'est pas d'une moindre import dans certaines opérations chirurgicales où il est nécessaire d'at en bas la matrice.

Le péritoine, après avoir coiffé, pour ainsi dire, l'utérus, ré ses deux feuillets sur les côtés de l'organe, et forme ainsi deux r connus sous le nom de *ligaments larges*, qui vont gagner les pa latérales du bassin. Les feuillets de ces ligaments sont séparés de l'autre par un tissu cellulaire très-lâche et par un grand nor de vaisseaux sanguins. La texture cellulo-vasculaire de ce tissu a aidera à comprendre la fréquence et la nature des congestions s'y développent (fig. 2).

D'après ce que nous venons de dire, on voit que l'utérus n'aff avec le rectum aucun rapport immédiat. Aussi, des engorgem inflammatoires ne peuvent se développer entre l'utérus et le rec que par suite du refoulement du cul-de-sac péritonéal postérie

Enfin, par son extrémité inférieure, le col de la matrice fait s le vagin une saillie variable suivant les sujets. Cette partie saill

est désignée sous le nom de *museau de tanche*. La membrane muqueuse du vagin, en se réfléchissant sur le museau de tanche, forme les *culs-de-sac vaginaux*, distingués par les noms d'*antérieur*, *postérieur* et *latéraux*.

FIG. 2.

A. Cavité du corps utérin.
E. Col utérin.
C. Paroi vaginale postérieure.
DD'. Cul-de-sac utéro-vaginal.
FF'. Trompes utérines droite et gauche.
F''. Conduit de la trompe utérine.
I. Ovaire droit.
G. Ovaire gauche incisé.
K. Pavillon droit de la trompe appliqué sur l'ovaire.
F' Pavillon gauche libre et incisé.
O. Orifice du museau de tanche ou utéro-vaginal.
O'. Orifice cervico-utérin.
P. Cavité du col utérin ou cervicale.
QQ'. Orifice des trompes utérines.
R. Paroi supérieure ou bas-fond de l'utérus.
SS' Ligaments ronds.
TT'. Ligaments de l'ovaire.
U. Feuillet antérieur du ligament large droit.
V. Feuillet postérieur du ligament large gauche.

Chez les femmes nullipares, le museau de tanche est petit, allongé, conique et percé d'un orifice presque circulaire, tellement étroit, qu'au toucher on sent à peine une petite dépression centrale. Mais chez les femmes qui ont eu des enfants, la saillie est plus considérable et présente une fente transversale d'une longueur moyenne de 4 à 5 millimètres; les deux lèvres qui circonscrivent cet orifice sont rugueuses et découpées; enfin il existe de petits sillons qui s'irradient assez régulièrement autour de l'orifice, et qui ne doivent pas être confondus avec les sillons irréguliers qui accompagnent certaines affections organiques.

En général, la lèvre antérieure est plus courte et plus épaisse que la lèvre postérieure; cependant il arrive quelquefois qu'elle s'allonge et s'étend au devant de la lèvre postérieure, de façon à donner au museau de tanche l'aspect d'un bec de flûte. Dans l'état normal, l'orifice utéro-vaginal regarde en bas et en arrière, et la saillie que fait le col dans le vagin est de 9 à 11 millimètres en avant, et de 15 à 16 millimètres en arrière. La distance du museau de tanche

à la vulve est le plus ordinairement entre 7, 8, 9, 10 centimètres. Mais il est utile de noter ici que, parfois, l'extrémité du col utérin ne proémine pas dans le vagin, de sorte que les culs-de-sac sont complétement effacés, et que le conduit vaginal se termine en infundibulum.

Le museau de tanche présente une consistance molle, mais variable, et dont on ne peut apprécier le degré que par le toucher.

Le col de la matrice est, en général, d'une teinte blanc rosé. Il s'injecte, devient plus volumineux et prend une coloration plus foncée à l'époque des règles et pendant la grossesse. Ces changements sont utiles à connaître, et ne doivent pas être confondus avec un état pathologique.

L'utérus est creusé d'une cavité qui communique avec le vagin par l'orifice utéro-vaginal. Cette cavité présente, vers la réunion de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs, une espèce de resserrement qui la divise en deux parties : *cavité du corps* et *cavité du col*. La longueur de cette partie rétrécie, qu'on appelle *conduit cervico-utérin*, est de 5 millimètres environ. Son calibre est susceptible d'augmenter ou de diminuer dans les affections utérines. Le conduit cervico-utérin est entouré d'une sorte de sphincter musculaire, qui se contracte d'une manière spasmodique et avec plus ou moins de force lorsqu'on introduit dans l'utérus une sonde ou un porte-caustique. Par suite de ces contractions, on éprouve souvent une grande résistance pour retirer ces instruments. Dans l'état normal, le diamètre du conduit cervico-utérin est fort étroit et admet à peine l'extrémité de la sonde utérine, qui offre environ un centimètre de circonférence.

La cavité du corps utérin, à peine assez grande pour contenir une fève de marais, présente la forme d'un triangle, dont les côtés sont convexes en dedans. A chacun de ses angles se trouve un orifice : l'un inférieur, *orifice cervico-utérin*, fait communiquer le col avec le corps ; les deux autres, si étroits qu'ils admettent à peine une soie de sanglier, occupent les cavités infundibuliformes correspondant aux angles supérieurs de l'utérus et représentent les orifices des trompes (fig. 2).

Les parois de la cavité du corps ont une épaisseur variable suivant que la femme a eu ou n'a pas eu d'enfants ; cependant cette épaisseur ne dépasse guère 7 à 8 millimètres, à l'état normal, dans les points où elle est le plus considérable.

La cavité du col est une espèce de canal fusiforme, aplati d'avant en arrière et un peu plus large dans son milieu qu'à ses extrémités. Ses faces antérieure et postérieure présentent des reliefs disposés à la manière d'une feuille de fougère. Ces rugosités, connues sous le nom d'*arbre de vie*, disparaissent après un ou plusieurs accouchements (fig. 2).

« Près de l'orifice vaginal, on trouve des follicules larges à épithélium cylindrique et à fond lobé. Ces follicules offrent l'aspect de petites vésicules transparentes, et se rencontrent aussi bien, quoique moins nombreux, dans le reste du col et dans le corps. Seulement, dans cette dernière cavité, ils sont tubuleux et flexueux. Ils sécrètent normalement un liquide muqueux, très-visqueux, qui s'épaissit quelquefois et forme des concrétions globuleuses. Ces follicules, que Naboth avait pris pour des œufs, sont connus dans la science sous le nom d'*œufs de Naboth*. » (Robin.)

La cavité intra-utérine, comprenant à la fois l'excavation du corps et l'excavation du col avec le conduit cervico-utérin, affecte la même direction que l'axe de l'utérus lui-même pris dans son ensemble. Cette direction est donc légèrement curviligne et à concavité antérieure, particularité importante et qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on veut introduire dans la matrice un hystéromètre, une sonde ou un porte-caustique.

Voici, d'après M. Richet, les dimensions de la cavité intra-utérine :

	1° Chez les vierges.	2° Chez les femmes ayant eu des rapports sexuels, mais point d'enfants.	3° Chez les femmes qui ont eu des enfants.
Diamètre vertical....	45 millim.	55 millim.	60 millim.
Diamètre entre les orifices tubaires.....	15 —	27 —	30 —

La longueur relative de la cavité du col et de la cavité du corps est la suivante :

	1° Chez les vierges.	2° Chez les multipares.
Cavité du col.....	25 millim.	24 millim.
Conduit cervico-utérin....	5 —	5 —
Cavité du corps.....	22 —	27 —

L'utérus se compose d'un tissu propre ou musculaire, d'une membrane externe péritonéale, d'une membrane interne muqueuse, de vaisseaux et de nerfs.

Le *tissu propre* est d'un blanc grisâtre, très-dense, très-résistant et contractile. Il est composé de fibres musculaires présentant un réseau tellement inextricable, que l'œil n'aperçoit, hors de l'état de gestation, qu'une masse analogue à du tissu fibreux et traversée par un grand nombre de vaisseaux. M^me^ Boivin, et plus tard M. Deville, ont fait une étude très-soignée de la direction des fibres musculaires de la matrice.

Récemment M. le docteur Hélie, de Nantes, a publié sur ce sujet délicat des recherches extrêmement minutieuses qui semblent avoir donné la clef du problème anatomique des couches musculaires de la matrice. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans la description de ces couches, que l'auteur partage en trois plans : « un externe, un moyen et un interne, et qui, malgré leur union intime, sont toujours bien distincts par la direction différente et bien caractérisée de leurs fibres. »

Si ce n'est autour des vaisseaux, on ne rencontre point de tissu cellulaire dans le tissu propre de l'utérus; cependant quelques anatomistes, et parmi eux M. Jobert, en admettent dans le col. M. Caventou n'a pu retirer de gélatine du tissu musculaire des parois du col utérin.

La *membrane externe* ou *péritonéale* est très-adhérente au tissu de l'utérus sur la ligne médiane ; elle lui est très-lâchement unie au niveau du col et des bords de l'organe.

La *membrane interne* est la continuation de la muqueuse du vagin, qui pénètre dans la cavité du col et jusque dans la cavité du corps. Au col, elle offre une épaisseur d'un millimètre environ et adhère fortement au tissu musculaire. On en a nié l'existence dans le corps de la matrice, où elle est au contraire fort épaisse, de 2 à 6 millimètres (Robin). Cette membrane est lisse, rosée, molle, sans villosités et tapissée d'épithélium cylindrique. Elle est surtout formée de follicules flexueux, et présente une grande vascularité et un réseau capillaire qui ne diffère en rien de celui des autres muqueuses. Sa structure comprend, d'après M. Robin: 1° des éléments fibro-plastiques; 2° du tissu cellulaire; 3° quelques fibres de noyau; 4° une matière amorphe unissante; 5° des glandes; 6° des vaisseaux capillaires nombreux. Des mucosités plus ou moins abondantes la lubrifient sans cesse.

Deux ordres d'*artères* arrivent à l'utérus : les *utéro-ovariennes*, fournies par l'aorte ou par les émulgentes; les *utérines*, fournies par

l'artère hypogastrique. Les premières s'anastomosent largement avec les secondes sans pénétrer dans le col. Dans l'état de gestation, toutes les artères, et surtout les utérines, prennent un grand développement et présentent des flexuosités considérables.

Les veines acquièrent aussi un grand calibre dans la grossesse, et sont appelées alors *sinus utérins*. Elles augmentent également dans les diverses maladies qui occasionnent l'hypertrophie de l'utérus. Ces veines sont très-nombreuses et se distribuent comme les artères, sans être toutefois aussi flexueuses.

Les *vaisseaux lymphatiques* sont superficiels et profonds. Ceux du fond se jettent dans les ganglions pelviens; ceux du corps dans les ganglions prévertébraux. Pendant la grossesse, ils augmentent de volume, et Cruikshank assure qu'ils peuvent acquérir celui d'une plume d'oie dans la lymphangite utérine : nous avons pu souvent le constater. Quelques lymphatiques du col utérin pénètrent dans les ganglions du pli de l'aine; et cela explique pourquoi, dans certaines affections de l'utérus, il existe un engorgement des ganglions inguinaux.

Les *nerfs* viennent du plexus hypogastrique et du plexus lombo-aortique. Le réseau inextricable de ce dernier plexus ne permet pas de distinguer si ses éléments émanent du système cérébro-spinal ou du système ganglionnaire. Les nerfs de l'utérus sont en très-petit nombre, et il n'existe pas de véritable plexus utérin, les filets étant ni assez nombreux, ni assez fréquemment anastomosés, pour offrir une apparence plexiforme. Robert Lee parle cependant de nombreux ganglions utérins, et il décrit des plexus qui accompagnent et environnent les vaisseaux dans la grossesse.

Ces nerfs sont très-petits, très-fins; et l'observation, quoi qu'on en ait dit, démontre qu'ils n'augmentent pas pendant la gestation. Existe-t-il des nerfs dans le col? C'est là une question sur laquelle les anatomistes ne sont point d'accord. Haller et Smellie regardent le col de l'utérus comme très-sensible. M. Velpeau partage leur avis, et selon lui, les branches sacrées fourniraient des rameaux qui se rendraient au col. Snow Beck prétend que c'est là un fait contraire à l'évidence anatomique. M. Robert Lee a fait représenter un plexus nerveux au niveau du museau de tanche, et il admet dans le col un réseau fort riche. M. Jobert entreprit sur ce point des recherches qu'il communiqua à l'Académie des sciences en 1841. Il nie formellement la disposition des plexus indiquée par Robert Lee et affirme

n'avoir jamais vu de nerfs dans la partie vaginale du col
En cela, il est d'accord avec Lisfranc, qui refuse au col tou
sibilité.

MM. Boullard et Hirschfeld ont parfaitement démontré que
n'est pas privé de nerfs. Le premier admet, avec M. Jobert, «
col de l'utérus ne reçoit pas tous les rameaux qui semblent s
ger vers lui, mais qu'il est pénétré par des filets très-fins qui
mifient dans ses deux lèvres. Il a pu même suivre un de ces
dans la lèvre antérieure. M. Hirschfeld a trouvé aussi des nerf
le col utérin, et il les fait naître du système de la vie organiqu
celui de la vie de relation, mais surtout du premier.

Du reste, l'observation physiologique démontre, d'une m
indubitable, que le col de la matrice est peu sensible dans l'imm
majorité des cas, tout à fait insensible dans d'autres.

2° **Ligaments larges.** — En décrivant la structure et les rap
de l'utérus, nous avons dit que cet organe est recouvert à sa b
dans une portion de ses faces antérieure et postérieure par le
toine, qui, en se portant en avant sur la vessie, forme le cul-d
vésico-utérin, et qui, en se repliant en arrière vers le rectum,
stitue le cul-de-sac utéro-rectal.

En se dirigeant des bords de la matrice aux parois du bass
séreuse péritonéale forme deux autres replis latéraux, connus
le nom de *ligaments larges.*

Les *ligaments larges*, verticalement placés dans l'excavation
vienne, à droite et à gauche de l'utérus, représentent une cl
qui divise le bassin en deux cavités secondaires : l'une, antéri
occupée par la vessie; l'autre, postérieure, traversée par le rec

Les anatomistes distinguent à ces ligaments : — une face a
rieure ou vésicale et une face postérieure ou rectale ; — un l
supérieur, libre, subdivisé en trois replis ou *ailerons;* — un l
inférieur, dédoublé en deux feuillets et en rapport avec le péri
— un bord interne adhérant à l'utérus ; — un bord externe fixé
les parois pelviennes (fig. 2).

Chaque ligament large comprend entre l'écartement de ses fe
lets : l'ovaire, le ligament rond, la trompe de Fallope, le corps
Rosenmüller, des vaisseaux, des nerfs, des lymphatiques, du t
cellulaire, et aussi, suivant M. Rouget, deux lames musculaires
la vie organique, très-distinctes pendant la grossesse.

Les *artères* qui traversent les ligments larges sont des branches des artères utérines et utéro-ovariennes.

Les *veines*, qui proviennent du vagin, de l'utérus, des ovaires, des trompes et des ligaments ronds, présentent une disposition remarquable, et sur laquelle M. Richet a spécialement insisté avec raison. « Ces veines, dit le savant professeur, s'anastomosent fréquemment entre elles et forment un plexus à mailles allongées qu'on ne saurait mieux comparer qu'au plexus pampiniforme chez l'homme, et auquel on pourrait donner le nom de *plexus utéro-ovarien*. » La menstruation, la grossesse, la constipation habituelle, concourent à augmenter le développement de ce plexus, et peuvent même, en dilatant ses vaisseaux outre mesure, donner lieu à des tumeurs variqueuses, à un véritable *varicocèle*. M. Richet admet aussi qu'en se rompant, ces veines peuvent devenir le point de départ de ces tumeurs sanguines du bassin, décrites sous le nom d'*hématocèles péri-utérines*.

Les *vaisseaux lymphatiques* viennent de l'utérus et de ses annexes, et se rendent dans les ganglions lombaires et iliaques.

Les *nerfs* émanent les uns du plexus hypogastrique, les autres des plexus rénaux, et forment les plexus ovariens.

Le tissu cellulaire compris dans l'épaisseur des ligaments larges est généralement dépourvu de graisse; ses mailles sont larges, facilement perméables et très-extensibles. Réduit à une couche très-mince vers la partie supérieure du ligament, il devient d'autant plus abondant, qu'on se rapproche du bord inférieur. Il se continue sans interruption avec le tissu cellulaire des parois pelviennes et avec les couches celluleuses périvésicales et périrectales.

3° **Ligaments ronds**. — Situés dans l'aileron antérieur des ligaments larges, les ligaments ronds ont l'apparence de deux cordons fibreux. Ils prennent leur insertion sur la partie supérieure et antérieure des bords de la matrice, décrivent une courbe à concavité antérieure et interne, s'engagent dans le canal inguinal, et vont se perdre dans l'épaisseur des grandes lèvres en confondant leurs fibres avec celles du sac dartoïque (fig. 2).

4° **Ovaires**. — Normalement les ovaires sont au nombre de deux; d'une manière exceptionnelle et anormale, on peut ne trouver qu'un ovaire unique.

Ces organes sont situés dans l'excavation pelvienne, ou plu tement dans les ailerons postérieurs des ligaments larges.

Ils sont dirigés horizontalement et fixés dans leur position cordon musculeux, originaire de l'utérus, et qu'on appelle *lig de l'ovaire* (fig. 2).

Ils ont la forme et le volume d'une grosse amande. Leur poi estimé à 6 ou 8 grammes.

Bien que situés profondément dans le petit bassin, ils n'é pent pas entièrement à l'exploration directe. En combinant hi ment le toucher hypogastrique avec le toucher vaginal, on surtout quand l'état morbide exagère leur volume ou exalte sensibilité, en apprécier la position et en mesurer, pour ainsi les dimensions.

Jusqu'en ces derniers temps, les anatomistes admettaient l'ovaire était composé : 1° d'une substance spongieuse centrale signée par Baër sous le nom de *stroma*, et destinée, suivant cet tomiste, à la production des ovules; 2° d'une membrane fibr analogue à la tunique albuginée du testicule; 3° d'une tuniqu reuse ou péritonéale.

Mais M. Sappey, confirmant les recherches de Schrön (18 donné de la structure des ovaires une description toute différ Suivant lui, ces organes sont dépourvus de tuniques séreuse breuse; leur surface est couverte d'une couche épithéliale cont avec l'épithélium du péritoine voisin, et leur tissu propre se pose de deux substances : — 1° une substance périphérique, blan et séreuse, qu'il appelle *portion corticale*, *glandulaire* ou *ovig* dans laquelle se forment les *vésicules de Graof* et les *ovules* 2° une substance profonde, rouge et molle, qui constitue la *por vasculaire*, *bulbeuse* ou *médullaire*.

L'extrême vascularité de cette substance est due à l'abondi et à la disposition des rameaux artériels et veineux qui décriven nombreuses flexuosités et s'entrelacent en riches réseaux pl formes.

Les *vaisseaux lymphatiques*, superficiels et profonds, accompag les vaisseaux sanguins et se jettent dans les ganglions lombaire

Les *nerfs* viennent du grand sympathique et forment le pl utéro-ovarien.

5° **Trompes de Fallope.** — On les nomme encore *trompes utér*

Situées dans l'aileron supérieur des ligaments larges, elles naissent de l'utérus et se dirigent transversalement vers les ovaires.

Leur longueur est de 12 centimètres environ.

Leur extrémité interne s'insère aux angles supérieurs du corps utérin. Leur extrémité externe, libre, flottante et dilatée, forme le *pavillon*. Les bords du pavillon présentent des dentelures frangées, dont une va s'insérer à la partie externe de l'ovaire (fig. 2).

Les trompes sont creusées d'un canal qui s'ouvre, d'une part, dans la cavité utérine, et de l'autre dans la cavité péritonéale. Le calibre de ce canal, presque capillaire à son embouchure dans l'utérus, augmente graduellement jusqu'à son extrémité externe, au point de pouvoir admettre le bout d'une sonde ordinaire.

Les trompes utérines se composent : 1° d'une *tunique externe* ou *séreuse*, formée par un revêtement du péritoine; 2° d'une *tunique moyenne* ou *musculaire* formée de deux plans de fibres, les unes superficielles ou longitudinales, les autres profondes ou circulaires; 3° d'une *tunique interne* ou *muqueuse*, très-vasculaire, recouverte d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, tapissant le canal et se confondant en dedans avec la membrane muqueuse de l'utérus, dont elle n'est qu'un prolongement, et en dehors avec le péritoine.

Les *artères* et les *veines* appartiennent au système vasculaire utéro-ovarien.

Les *lymphatiques* se rendent dans les ganglions lombaires.

Les *nerfs* émanent du plexus utéro-ovarien.

6° **Corps de Rosenmuller.** — On désigne ainsi un groupe de petits tubes microscopiques, flexueux, situés dans le voisinage des trompes utérines et regardés comme les vestiges du corps de Wolff. Les canalicules peuvent s'engorger et devenir l'origine de petits kystes séreux.

CHAPITRE II.

CONSIDÉRATIONS SOMMAIRES SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME.

On peut diviser la vie de la femme en trois phases bien distinctes : une première, pendant laquelle la femme n'est pas encore apte à la reproduction; une deuxième, caractérisée par le développement et l'exercice de la faculté reproductrice; une troisième, enfin, où la femme, perdant toute aptitude à la génération, est morte pour ainsi dire à la vie de l'espèce.

La première période correspond à l'enfance et à la première moitié de l'adolescence. Rien encore ne révèle à la jeune fille le rôle qu'elle doit jouer dans l'affaire importante de la reproduction. Les organes qui doivent y concourir sont à peine apparents, et contrastent même par l'exiguïté de leurs formes avec les appareils, bien plus développés, de la vie individuelle.

Mais à un âge assez bien déterminé et qui varie, dans nos climats, entre quatorze et seize ans, ces organes, jusqu'alors rudimentaires, acquièrent un rapide accroissement. « La nature, dit Roussel, travaille à mettre la femme en état de se reproduire et à donner aux organes qui doivent servir à cette œuvre importante le degré de perfection qu'elle exige. » Une révolution manifeste s'opère alors dans le physique et le moral de la femme. « Tout annonce que l'économie animale s'ébranle et acquiert une nouvelle énergie. La matrice et ses annexes, paisibles, solitaires, comme endormies chez la jeune fille, vont sortir peu à peu de cette espèce d'indifférence apathique et devenir désormais un foyer de sensibilité, un centre d'action et de vitalité qui maîtriseront toutes les autres parties de l'organisme. » Enfin, comme le dit un ingénieux écrivain, la jeune fille, qui jusque-là n'était, en quelque sorte, qu'un être équivoque et sans sexe, devient femme par sa physionomie et par toutes les parties de son corps.

Aux changements locaux qui indiquent une modification particulière dans les propriétés vitales du système utérin, se joignent une foule d'autres phénomènes qui attestent l'influence générale de l'appareil génital. Nous n'insisterons point sur les sensations diverses, les phénomènes nerveux, les troubles variés des fonctions de nu-

trition, que l'on observe chez la jeune fille qui devient pubère. Buffon, Roussel, Virey, ont tracé d'une manière à la fois exacte et saisissante le tableau de la puberté chez la femme.

Frissons, douleurs lombo-abdominales, pesanteur dans l'hypogastre, sentiment de malaise et de lassitude, céphalalgie, vertiges, éblouissements, dépravation du goût, accélération et plénitude du pouls, oppression légère, palpitations, face décolorée, regards abattus, bâillements et pandiculations, toux spasmodique, voix rauque et sonore, inquiétude vague, susceptibilité extrême, agitation involontaire, sensibilité excessive, tendance aux pleurs et à la tristesse, etc., etc.: tels sont, en général, les phénomènes qui annoncent l'établissement définitif de la puberté chez la femme; tels sont les signes précurseurs d'une fonction nouvelle, importante désormais entre toutes, de celle qui atteste que la jeune fille est devenue femme, et qui révèle au dehors, de la manière la moins équivoque, son aptitude à devenir mère. Cette fonction, c'est la menstruation.

Théorie de la menstruation. — Sans nous arrêter aux théories sombreuses, bizarres ou vraisemblables, dont l'éruption menstruelle a fourni le prétexte dans l'antiquité ou dans les temps modernes, exposons tout de suite et sommairement le système généralement adopté de nos jours. Depuis les immortels travaux d'Harvey, de Graaf, de Baer, de MM. Coste, Gendrin, Négrier, Pouchet, Carus, Purkinje, Bischoff, Wagner, Valentin, etc., il n'est plus douteux que l'homme, ainsi que le reste des animaux, ne procède d'un œuf. Les ovaires sont les organes sécréteurs et dépositaires des ovules. Ceux-ci préexistent à la fécondation et se développent sans elle, ainsi qu'on a pu s'en convaincre en ouvrant des femelles de mammifères qui n'avaient point encore eu d'accouplement ou de femmes mortes sans avoir jamais connu le commerce des hommes. Nous n'avons pas besoin de rappeler que l'ovule est contenu dans une petite poche membraneuse, désignée sous le nom de vésicule de Graaf, qui proémine à la surface de l'ovaire. Au moment où l'une de ces vésicules est, pour ainsi dire, mûre, elle se distend, se rompt et laisse tomber un ovule, dont s'empare le pavillon de la trompe, et qui chemine, à travers le canal tubaire, jusque dans la cavité utérine. Ce travail ne s'opère pas sans qu'il en résulte, autour de lui, une assez énergique réaction. Tout l'appareil générateur de la femme, et spécialement l'utérus, devient alors le siége d'une congestion active que les

physiologistes ont justement comparée à l'orgasme qui a l'époque du rut, dans les organes sexuels des mammifères.

Cette fluxion se termine habituellement par une hémorrhagie, qui constitue les *règles*.

Le sang des règles provient, ainsi que Bichat l'a bien établi mier, des vaisseaux de la membrane muqueuse utérine, très flée en ce moment. Il se fait jour, non pas au travers des paro culaires (les globules de sang ne traversent nulle part les paro vaisseaux), mais par de petites déchirures ou gerçures mic piques (J. Béclard). Cette hémorrhagie n'est ni exclusivemen rielle, comme on le prétendait, ni exclusivement veineuse ; e capillaire, c'est-à-dire à la fois veineuse et artérielle. Quelquef a vu le flux sanguin provenir de la surface du vagin, chez cer femmes qui n'avaient point d'utérus ou dont la cavité de cet était entièrement oblitérée.

Telle est, en abrégé, la théorie actuelle de la menstruation, c encore sous le nom de *théorie de l'ovulation spontanée* ou *de la périodique*.

La menstruation ne consiste donc pas seulement dans un é ment périodique de sang par la vulve, ainsi qu'on l'enseignait fois, ainsi que bien des gens du monde le croient encore au d'hui. Pour le physiologiste, pour le médecin, c'est une fo complexe, constituée par tous les éléments que nous venons mérer : maturité d'un ovule, rupture de la vésicule de Graaf, de l'ovule dans le pavillon, sa migration vers l'utérus à trave trompes, fluxion sanguine dans les organes pelviens, et, finale hémorrhagie critique. Le plus important de ces phénomèn phénomène capital, essentiel, c'est la ponte ou la séparati l'œuf de la vésicule de Graaf. L'hémorrhagie n'est qu'un signe soire. Aussi la voit-on manquer chez des femmes fécondes, deviennent ainsi mères sans jamais avoir été réglées. Cependa vous interrogez ces femmes, vous constaterez que presque t ont ressenti les symptômes caractéristiques de la congestion u ovarique à des époques régulières, correspondant au momer l'ovulation spontanée. D'ailleurs, il n'est pas nécessaire que l plétion sanguine s'opère par le vagin : ainsi, chez un certain no de personnes, le flux utéro-vaginal est remplacé par l'hé rhagie d'un autre organe, une hémoptysie, une hématurie, une staxis, une hémorrhagie cutanée, dites *supplémentaires*. On cite

sieurs exemples de femmes qui n'ont été réglées qu'après une ou plusieurs grossesses.

Tous ces faits n'ébranlent donc en rien la théorie développée plus haut, et ne témoignent en aucune façon contre l'influence et la nécessité de la menstruation dans l'œuvre de la reproduction.

Ainsi comprise, la menstruation caractérise essentiellement la deuxième phase de la vie de la femme, que nous pourrions nommer, pour cette raison, *période menstruelle* ou *génitale*.

La durée de cette période est très-variable, subordonnée qu'elle est à mille influences diverses, telles que les climats, les races, le milieu social, les mœurs, les tempéraments, etc.

Nous avons dit que, dans nos climats, le flux menstruel s'établit, en moyenne, entre quatorze et seize ans. Suivant M. Raciborski, l'apparition des règles au-dessous de dix ans et au-dessus de vingt ans doit être regardée comme un fait exceptionnel. Il mentionne néanmoins une fille réglée à huit ans, sept à neuf ans, deux à vingt et un ans, une à vingt-cinq ans.

Des exceptions plus surprenantes ont été rapportées par les auteurs, témoin ce fait publié dans les *Annales d'hygiène* (t. X, p. 181) par M. le docteur Le Beau, de la Nouvelle-Orléans. Il s'agit d'une enfant née avec tous les signes extérieurs de la puberté, tels qu'ils existent ordinairement chez une fille de treize ou quatorze ans. Les règles parurent à trois ans, et se montrèrent ensuite tous les mois, pendant trois jours. Van Swieten rapporte aussi qu'il a vu une fille réglée dans le premier mois de sa vie et nubile à sept ans. M. Velpeau cite, dans son *Traité d'accouchements*, l'exemple d'une jeune fille dont les règles ont paru pour la première fois à dix-huit mois, et ont continué, depuis, à se montrer régulièrement. Ceux qui voudraient connaître les cas curieux de ce genre, disséminés dans les archives de la science, pourront consulter le mémoire de Dezeimeris, dans le journal *l'Expérience*, t. II, p. 12.

On a rapporté aussi des faits extraordinaires de menstruation retardée, tels que des exemples de femmes réglées pour la première fois à trente, quarante, quarante-deux ans, avec tous les symptômes accoutumés. Mais il ne s'ensuit pas, même dans ces cas exceptionnels, que la puberté ait attendu, pour paraître, l'éruption tardive des règles. La puberté a des signes qui l'annoncent même en l'absence de celui qui sert le plus ordinairement à la démontrer (Cerise).

La première menstruation est d'autant plus précoce qu'on s'avance plus vers le midi ; elle est plus tardive à mesure qu'on s'éloigne de l'équateur. Dans la Barbarie, dans l'Egypte, dans l'Inde, dans la Turquie, dans les îles océaniennes, dans le Brésil, les femmes sont réglées vers l'âge de huit à dix ans. En Danemark, en Suède, en Norvége, en Laponie, en Sibérie, les femmes ne sont nubiles que de dix-huit à vingt ans.

On admet que la race exerce une influence sur le moment de la première éruption menstruelle. Mais il est bien difficile d'apprécier exactement quelle est la part qui lui revient. Les recherches de M. Raciborski sur ce sujet tendraient à démontrer néanmoins que le changement de climat n'altérerait pas l'habitude physiologique du pays d'origine relativement à l'époque de la puberté. Ainsi les femmes anglaises nées aux Indes sont généralement réglées vers l'âge de quinze ans, comme si elles étaient nées en Angleterre et qu'elles n'eussent jamais quitté leur pays.

L'influence de la civilisation a été particulièrement étudiée par M. Brierre de Boismont. Il résulterait de ses relevés statistiques que les règles apparaissent dans les capitales plus tôt que dans les villes secondaires, et dans celles-ci plus tôt que dans les campagnes.

On a noté aussi que, toutes circonstances égales d'ailleurs, le nombre des menstruations tardives est moins considérable chez les riches que chez les pauvres (Raciborski, Brierre de Boismont).

M. Raciborski, étudiant l'influence du tempérament et de la constitution, a trouvé, conformément aux idées reçues, que la menstruation est plus précoce chez les femmes robustes, pléthoriques et nerveuses, que chez les sujets délicats, mous et lymphatiques.

L'écoulement des règles, quoique soumis à des intervalles périodiques, n'est cependant pas toujours très-régulier. Il se manifeste souvent tous les mois, et jour pour jour ; mais on remarque que les époques menstruelles ont généralement une certaine tendance à avancer. Des observations prises sur un grand nombre de femmes permettent de fixer ce retour périodique à vingt-huit jours en moyenne. Mais il y a un grand nombre d'exceptions. Quelques femmes sont réglées tous les quinze jours, d'autres ne le sont guère que toutes les six semaines.

Il est peu de femmes chez qui l'approche des règles ne s'annonce par quelques signes avant-coureurs. En général, ce sont des phénomènes de réaction légère, qui indiquent l'étroite sympathie qui lie

tout l'organisme à l'utérus et la subordination du reste de l'économie à cet organe. Exceptionnellement, cette réaction va jusqu'à provoquer un petit mouvement fébrile. Mais voici ce qu'on observe le plus communément :

« Un ou deux jours avant l'apparition des menstrues, les parties génitales externes, c'est-à-dire la vulve, les grandes et les petites lèvres, le clitoris, la muqueuse vaginale, présentent une légère tuméfaction, une injection vasculaire prononcée, une chaleur plus vive, qui s'étendent jusqu'au col de la matrice. Les lèvres du museau de tanche sont tuméfiées, légèrement ramollies ; son orifice est quelquefois entr'ouvert et élargi transversalement. » (J. Béclard.)

Les mamelles augmentent de volume et deviennent très-sensibles au toucher.

La femme éprouve une douleur gravative, obtuse, dans les régions lombaires et inguinales, un sentiment de pesanteur dans le bassin et au fondement, des lassitudes dans les membres, principalement aux aines et aux jambes.

Quelquefois il survient des troubles nerveux, des gastralgies, des crises hystériformes, de l'insomnie, des palpitations, de la céphalalgie, etc.

Les menstrues apparaissent, et, à mesure que le sang s'écoule, on voit, en général, diminuer cette exaltation vitale et se dissiper les symptômes de congestion utéro-ovarique.

« La durée du flux menstruel est très-variable. Tantôt il ne dure que deux ou trois jours, tantôt il se prolonge pendant une semaine. Le premier liquide qui s'écoule par la vulve est un mucus plus ou moins coloré par le sang ; peu à peu ce liquide se colore davantage, et bientôt il est composé de sang à peu près pur. Puis la quantité du liquide diminue d'abondance ; sa couleur devient moins foncée, et l'évacuation menstruelle se termine ordinairement par l'écoulement d'un mucus plus ou moins épais. » (J. Béclard.)

Le sang des règles est aussi pur, aussi riche en globules que celui qui circule dans les vaisseaux. Il ne présente d'autres différences qu'une proportion un peu moindre de fibrine, ce qui fait qu'il ne se coagule point ou que son coagulum est petit et moins solide que celui du sang extrait par une large ouverture. Suivant M. Gendrin, il ne devient coagulable que lorsque les menstrues se changent en hémorrhagie morbide. Ce qui confirme surtout cette opinion, c'est que le sang qui s'accumule dans l'utérus et dans le vagin, chez les

jeunes filles imperforées, et qui s'écoule après l'incision de la membrane obturatrice, est noirâtre, poisseux, et n'est ordinairement pas coagulé. Ce sang n'a par lui-même aucune des qualités malfaisantes ou merveilleuses que la plupart des auteurs anciens lui avaient accordées et que le vulgaire lui attribue encore aujourd'hui.

On ne saurait assigner une mesure précise à la quantité de l'écoulement menstruel : témoin les résultats si différents obtenus par Hippocrate (20 onces), par Freind, par Astruc (8 à 10 onces), par Haller (6 à 8 onces), par de Haen (3 ou 4 onces), etc. Les mêmes influences qui font varier l'époque de l'apparition de la puberté semblent agir aussi sur la quantité du flux menstruel, et dans un sens analogue : tels sont le climat, le tempérament, le genre de vie et toutes les circonstances accidentelles capables de faire varier chaque jour les dispositions du même individu. On peut dire, d'une manière générale, que la quantité des règles doit être augmentée par toutes les causes capables de produire sur l'appareil génital un excès de congestion, soit qu'elles agissent directement par une excitation locale, soit qu'elles agissent d'une manière éloignée en accélérant la circulation sanguine et en déterminant un surcroît d'activité dans toute l'économie.

Quoi qu'il en soit, on peut évaluer, en moyenne, la proportion de l'écoulement cataménial à 250 grammes.

« L'écoulement menstruel, dit Roussel, est le signe et, pour ainsi dire, la mesure de la santé. » C'est, en effet, une fonction capitale, essentielle chez la femme, dans la période de la vie que nous étudions. Deux circonstances seulement peuvent suspendre physiologiquement le cours de la menstruation, à savoir, la grossesse et l'allaitement.

La grossesse est, pour ainsi dire, le complément de la menstruation ; c'est l'ovulation fécondée et portée jusqu'à ses dernières limites d'évolution.

Il n'est pas besoin de rappeler qu'elle consiste dans le développement de l'ovule imprégné par le fluide séminal, et qu'on en distingue deux variétés : la grossesse normale, qui a pour siége la cavité même de la matrice ; la grossesse anormale ou extra-utérine, qui résulte de l'évolution irrégulière et incomplète de l'embryon, hors de la cavité de l'utérus, soit dans le conduit tubaire, soit dans l'ovaire même, soit enfin dans la cavité du péritoine.

En général, les règles sont et demeurent supprimées pendant les

neuf mois que dure la gestation, et aussi pendant tout le temps de l'allaitement. Cependant cette loi souffre quelques exceptions ; et un certain nombre de femmes continuent à être réglées, soit pendant les premiers mois, soit même pendant toute la durée de la grossesse et de la lactation.

Chez quelques femmes, dont la menstruation se supprime pendant le cours de la gestation, on observe un ensemble de phénomènes indiquant qu'il s'opère, à l'époque habituelle des règles, une congestion sanguine vers les organes pelviens. Cette fluxion, lorsqu'elle est trop active, peut devenir une cause d'avortement : le médecin doit y prendre garde.

Hors l'état de grossesse et de lactation, une femme, depuis la puberté jusqu'à l'âge critique, doit être réglée, et, autant que possible, elle doit l'être régulièrement. Dans le cas contraire et abstraction faite de toute cachexie et de toute affection générale grave, on peut soupçonner qu'il existe, soit un vice de conformation, soit un état pathologique de l'utérus ou de quelqu'un des autres organes sexuels.

Nous avons déjà dit précédemment que quelquefois la déplétion cataméniale, au lieu de se faire par la vulve, s'opérait par un autre organe ; nous avons ajouté que ces hémorrhagies, dites supplémentaires, avaient lieu le plus souvent par la muqueuse des voies aériennes, soit par la surface interne des narines, soit par celle des bronches. On trouve aussi, dans les auteurs, des cas où le sang a fait éruption par la muqueuse gastrique, la muqueuse rectale, et même la surface cutanée, l'ombilic, la pulpe des doigts, les oreilles, etc.

Ces différentes manifestations du flux cataménial se sont montrées, dans la grande majorité des cas, compatibles avec une santé satisfaisante. Cependant on ne peut s'empêcher de considérer ces faits comme des anomalies, et il est du devoir du médecin de chercher à rappeler les menstrues vers leurs voies naturelles.

Les vices de conformation, qui apportent le plus souvent un obstacle à l'écoulement des règles par la vulve, sont : l'oblitération ou l'imperforation de l'orifice utérin, l'absence ou l'atrésie du vagin, et enfin l'obstruction complète de l'ouverture vulvaire par une membrane hymen imperforée. Dans ces lésions diverses, le sang menstruel, ne pouvant s'écouler au dehors, s'accumule derrière l'obstacle, distend la cavité de l'organe dans lequel il est emprisonné

et y forme, à la longue, une tumeur plus ou moins volumi dont la présence détermine des troubles fonctionnels varié opération chirurgicale devient alors nécessaire pour donner au liquide ainsi amassé.

En même temps que les organes de la génération s'éveill entrent en fonction chez la jeune fille pubère, une nouvelle pathologique commence aussi pour elle. Dès lors, en ef femme devient tributaire de toutes les maladies qui ont leur dans un dérangement ou dans un trouble quelconque des tions utéro-ovariennes. Nous verrons, plus tard, à l'occasi leur étiologie, que les affections utérines ou péri-utérines n pas uniquement le partage des femmes soumises aux ra sexuels, mais qu'elles peuvent atteindre aussi, et même q atteignent assez souvent les filles vierges, à partir du moment puberté.

Après avoir traversé la période que nous venons de décri femme cesse d'être menstruée ; dès lors elle n'est plus ap général, à la reproduction, ni sujette aux maladies qui se ratta à la menstruation.

Cette troisième période de la vie de la femme est désigné les noms de *ménopause*, *âge de retour*, *époque critique*.

De même que la puberté commence à un âge variable, de aussi la disparition des menstrues s'effectue à des époques rentes. Ici encore les différences paraissent tenir aux influenc climat, de la race, du genre de vie, de la constitution, etc.

Dans nos contrées, l'âge critique arrive généralement de la rantième à la cinquantième année. On admet que les femme réglées, en moyenne, pendant trente ans, de sorte qu'il est p de dire que l'époque de la cessation des menstrues varie gén ment en raison de l'époque de leur apparition.

Toutefois les exceptions à cette règle ne sont pas très-rares. le flux menstruel se prolonge parfois jusqu'à soixante, soixant soixante-quinze et quatre-vingts ans. Orfila citait dans ses cou femme qui eut sept enfants, devint enceinte du premier à qua sept ans, accoucha du dernier à soixante, fut réglée jusqu'à q vingt-dix-neuf ans, et mourut à cent quatorze ans. Lisfranc a v sieurs fois les règles disparaître dès l'âge de trente-cinq ans.

donné des soins à des femmes réglées jusqu'à soixante-cinq ans et au delà (Menville).

Chez quelques femmes, cette suppression définitive s'accomplit sans trouble, sans ébranlement notable de la santé. Mais chez d'autres, au contraire, et en grand nombre, cette révolution ne s'opère point sans une perturbation plus ou moins marquée de l'équilibre physiologique. Ce n'est pas ici le lieu de passer en revue tous les désordres locaux et généraux, organiques ou physiologiques, dont la ménopause peut devenir le signal, et qui ont valu à cette époque l'épithète de *critique*. Il nous suffira de rappeler que, à partir de cet âge, les femmes sont plus particulièrement sujettes aux lésions organiques de la matrice.

On a vu des femmes cesser d'être réglées, comme d'ordinaire, à quarante-cinq ou cinquante ans, et chez lesquelles la menstruation reparaissait à soixante, soixante-dix, et même quatre-vingts ans. Haller cite quelques exemples de ce genre. Saxonia parle d'une religieuse dont le flux menstruel se rétablit à cent ans, et continua jusqu'à cent trois ans. Fabrice de Hilden rapporte un fait semblable. Presque toujours ce retour apparent de la menstruation n'est qu'une hémorrhagie se rattachant à une lésion organique de l'utérus. Aussi les médecins ont de tout temps regardé les longues menstruations et leur renouvellement à un âge avancé comme de mauvais augure (Menville).

Après ces considérations anatomiques et physiologiques, qui nous ont paru indispensables pour l'intelligence parfaite et l'interprétation rationnelle de l'étiologie, du mode de développement et du diagnostic des maladies de l'utérus et de ses annexes, nous allons faire connaître sommairement les différents procédés d'exploration de ces organes. Ce sera en quelque sorte le complément et tout ensemble la première mise en œuvre des notions d'anatomie qui ont été exposées plus haut.

CHAPITRE III.

MÉTHODES D'EXPLORATION DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

Avant de commencer l'étude des affections de l'utérus, il est nécessaire d'exposer les différents modes d'exploration de cet organe et de ses annexes. Nous traiterons successivement du toucher, de l'examen au spéculum et du cathétérisme utérin.

Pour procéder à ces divers genres d'examen, la malade doit être couchée sur le dos, le siége plus élevé que le reste du corps, les jambes écartées, les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses, afin de mettre dans le relâchement les muscles de la paroi abdominale.

ARTICLE PREMIER.

DU TOUCHER.

Le toucher peut se pratiquer par le vagin, le rectum et l'hypogastre.

1° **Toucher vaginal.** — On se sert tantôt d'un doigt, tantôt de plusieurs, et le plus souvent du doigt indicateur, que l'on enduit d'un corps gras (huile, cérat, etc.). Après avoir écarté les lèvres de l'orifice vulvaire, on introduit doucement le doigt dans le vagin, en suivant la direction de ce canal, et l'on va tout de suite à la recherche du col de l'utérus. Chemin faisant, on constate les dimensions du vagin, l'état de ses parois, leur consistance, leur surface rugueuse ou polie, leur température, leur sensibilité et leur degré de sécheresse ou d'humidité. Au fond du cul-de-sac vaginal, l'index rencontre d'abord la lèvre antérieure du museau de tanche; il faut porter le doigt en arrière et déprimer un peu la paroi recto-vaginale pour saisir la lèvre postérieure et la totalité du col. On peut mesurer ainsi la distance qui sépare le col de la vulve : elle est, en général, de 7 à 8 centimètres; mais cette distance es variable, même dans l'état normal, et quelquefois elle peut aller jusqu'à 9 et 10 centimètres. Le col se reconnaît à sa saillie conique dans le vagin, à sa consistance plus ferme que les parties voisines, à sa dépression centrale qui constitue l'orifice externe ou utéro-vaginal du museau de

tanche, à sa surface lisse et douce dans l'état normal, à tous les caractères enfin que nous avons indiqués dans nos considérations anatomiques. A l'aide du doigt explorateur, on parcourt soigneusement toutes les parties du col utérin ; on en apprécie la température et la sensibilité, l'état de la surface, la forme, le volume, la consistance, tant d'une manière absolue que d'une manière relative, et pour chacune des lèvres en particulier.

Dans l'état sain, la température du col utérin ne diffère point de celle des parties voisines; sa sensibilité est peu marquée, le plus souvent obtuse; dans beaucoup de cas elle paraît nulle, plus rarement on la trouve exagérée. Le volume du col est très-variable : petit avant l'âge de la puberté, il augmente après l'établissement de la menstruation, et surtout après la grossesse; il peut alors devenir double ou triple du volume primitif. Il diminue habituellement à partir de la ménopause. Son diamètre antéro-postérieur et transversal est, en moyenne, de 3 centimètres. Toutefois le volume du col, hors de l'état pathologique, ne saurait être fixé d'une manière bien précise; c'est l'expérience qui apprend au médecin à distinguer les engorgements de cette partie de la matrice.

On peut considérer le col utérin comme malade toutes les fois que, par le toucher, on constate une élévation de sa température, une exaltation de sa sensibilité, une modification de sa surface et de ses diamètres.

Le toucher vaginal permet de vérifier le degré de mobilité de l'utérus. En général, le doigt soulève cet organe avec facilité. Si l'on éprouve une sensation anormale de pesanteur, c'est qu'il existe un état pathologique ou un commencement de grossesse.

On peut encore avec le doigt, en suivant le col et en refoulant le cul-de-sac vaginal, explorer la face antérieure du corps utérin dans une étendue de 2 centimètres environ, très-rarement, néanmoins, d'une manière complète. Le toucher vaginal ne permet point, dans l'état normal, d'explorer la paroi postérieure de l'utérus, dont on ne peut suivre que la partie inférieure et la plus voisine du col.

Par le toucher, on constate l'état des ligaments larges : s'ils sont engorgés ou non, s'ils sont libres et peu sensibles, s'ils le sont également des deux côtés, etc. Enfin, il est possible de reconnaître la présence des matières fécales dans le rectum, et de se prémunir ainsi contre une confusion assez fréquente entre les tumeurs stercorales et les tumeurs développées autour de l'utérus ou dans ses annexes.

Si la malade est debout, le toucher vaginal permet de mieux apprécier le poids et le degré d'abaissement de la matrice. Il est indispensable de toucher dans cette position les femmes dont l'utérus est très-élevé dans l'état normal, et chez lesquelles le doigt ne peut atteindre le col dans la position couchée. Ces cas d'ailleurs sont fort rares.

Le toucher vaginal doit être pratiqué avec beaucoup de précautions et de délicatesse; il ne faut ni le prolonger, ni le répéter sans nécessité absolue, quand il est trop douloureux pour les malades. Si pourtant on juge indispensable d'y recourir, malgré la sensibilité exagérée des parties, on peut, comme nous l'avons fait quelquefois, atténuer l'hyperesthésie par des inhalations de chloroforme.

2° **Toucher rectal.** — Le toucher rectal est moins important que le toucher vaginal; cependant il est utile d'y recourir dans un certain nombre de cas, soit pour compléter le premier mode d'examen, soit pour chercher de nouveaux éléments de diagnostic. Par ce moyen d'exploration on peut, en effet, sentir le corps de l'utérus, mesurer à peu près son volume et son poids, apprécier sa sensibilité. Mais c'est surtout dans les lésions qui ont pour siége la face postérieure de cet organe, ou qui sont situées entre la matrice et le rectum et dans la paroi recto-vaginale, que ce procédé offre de grands avantages. Il permet de reconnaître directement la présence des matières fécales dans cette dernière partie du gros intestin, et d'éviter ainsi de graves méprises.

Autant que possible, on s'abstiendra de ce mode d'exploration, à cause de la répugnance qu'il inspire souvent aux malades. Néanmoins, pour des motifs qu'il est aisé de comprendre, il doit remplacer le toucher vaginal chez les jeunes filles, à moins que des circonstances impérieuses et de la plus haute gravité n'autorisent à agir autrement. Le médecin doit alors prévenir la malade et ses parents de la nécessité de l'exploration par le vagin, et n'y procéder qu'avec leur consentement formel. Tels sont les principes auxquels nous nous sommes toujours conformés, soit à l'hôpital, soit en ville.

3° **Toucher hypogastrique.** — Pratiqué isolément, le toucher hypogastrique permet d'apprécier la sensibilité des parois de l'abdomen et des organes logés dans le ventre, la tension de ces parois et le degré de résistance qu'elles présentent, leur température, etc.

De plus, il fait reconnaître l'augmentation de volume de la matrice et la présence de tumeurs dans la cavité abdominale.

4° **Modes d'exploration combinés.** — C'est surtout en combinant ces différents modes d'exploration qu'on parvient le plus souvent à donner au diagnostic une extrême précision.

a. En portant le doigt dans le vagin et en appuyant sur l'hypogastre avec la main restée libre, on saisit les organes contenus dans la cavité du bassin, et l'on arrive ainsi à mesurer avec assez d'exactitude le volume de l'utérus, à reconnaître sa direction et son degré de mobilité, surtout chez les femmes maigres; on peut encore vérifier si en dehors de l'utérus, sur les parties latérales, les ligaments larges sont libres et ne renferment aucun noyau d'engorgement. En effet, dans l'état normal, les deux doigts peuvent se rencontrer à travers la paroi vaginale et la paroi du bas-ventre suffisamment refoulées. Cependant il ne suffit pas que les deux doigts se touchent pour en conclure qu'il n'existe pas d'engorgement; il est nécessaire encore de porter l'exploration sur toutes les parties de la cavité pelvienne que le doigt peut atteindre. C'est pour n'avoir pas procédé avec ces précautions minutieuses que des tumeurs placées au voisinage de l'utérus ont souvent échappé même à des observateurs distingués.

A l'aide du toucher vaginal et du toucher hypogastrique réunis, on peut encore constater l'existence et la direction des divers déplacements de la matrice, sans le secours du cathétérisme utérin. Aussi nous ne réservons l'usage de la sonde que pour quelques cas exceptionnels et dans lesquels elle est impérieusement indiquée; car l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus n'est pas toujours exempte d'inconvénients, comme nous le verrons dans la suite.

b. On pratique le toucher vaginal et le toucher rectal réunis en portant simultanément, soit l'index dans le vagin et le médius dans le rectum, soit le pouce dans le vagin et l'index dans le rectum. Ce mode d'exploration est particulièrement utile pour mesurer le degré d'épaisseur et de densité de la cloison recto-vaginale et des tumeurs ou des engorgements situés entre la matrice et le gros intestin.

ARTICLE II.

EXAMEN AU SPÉCULUM.

Les différents modes d'exploration que nous venons d'exposer sont assurément d'une haute importance. Il en est encore un autre qui ne doit pas être négligé, car il peut rendre d'éminents services non-seulement dans le diagnostic, mais encore dans le traitement des affections utérines. Nous voulons parler de l'examen au spéculum.

Le spéculum, dont il existe plusieurs variétés, est en général un instrument cylindrique ou cylindro-conique, composé d'une ou de plusieurs pièces, et qui, introduit dans le vagin, permet de voir et d'observer les parois vaginales et le col de l'utérus.

Les anciens paraissent s'être servis du spéculum ou d'un instrument analogue; mais il était tombé dans l'oubli lorsque Récamier le remit en usage. Le spéculum qu'il employa, et que l'on emploie encore aujourd'hui, est un tube ayant la forme d'un cône tronqué, long de 14 à 16 centimètres, muni d'un embout destiné à rendre son introduction plus facile.

On fabrique des spéculums de métal, de bois, de porce aine, de cristal et de caoutchouc; les plus usités sont ceux de métal et ceux de bois.

Le *speculum uteri*, dont on se servait avant Récamier, consistait en une pince à plusieurs branches qu'on introduisait toutes fermées dans le vagin, et qui, en s'écartant les unes des autres, mettaient la matrice à découvert.

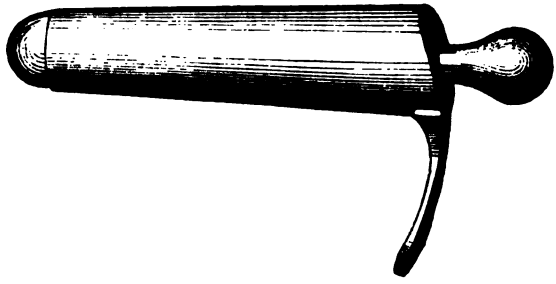

FIG. 3. — Spéculum plein ou conoïde.

Dupuytren fit adapter à l'extrémité libre du spéculum de Récamier une tige qui lui sert de manche (fig. 3).

Parfois, et malgré toutes les précautions, l'introduction de cet in-

strument est difficile et douloureuse, ce qui a conduit à lui faire subir des changements importants.

D'abord on diminua ses dimensions ; puis on employa des spéculums à deux valves, concaves en dedans, et donnant par leur rapprochement un conoïde complet. Les deux valves sont soutenues et réunies par une ou deux charnières ; une tige graduée, fixée à l'un des manches et traversant l'autre dans une mortaise, permet, au moyen d'un anneau mobile, de leur donner le degré d'écartement convenable (fig. 4).

Fig. 4. — Spéculum bivalve.

Mme Boivin a eu, la première, l'idée des spéculums brisés, dont les pièces mobiles s'écartent à volonté. Elle a imaginé, en outre, des spéculums percés de trous pour pouvoir explorer les parois vaginales.

Lisfranc, MM. Guillon, Ricques, Jobert, Ricord, Charrière, ont apporté diverses modifications à ce genre d'instruments.

L'embout, dont on se sert habituellement pour les spéculums bivalves, rend quelquefois difficile et même impossible l'écartement des valves, à cause de la saillie en bourrelet que forme le rebord de son renflement terminal. Pour obvier à cet inconvénient, nous avons fait supprimer ce rebord saillant, et fait donner à l'extrémité de l'embout une forme plus arrondie qui permet d'ouvrir aisément les valves du spéculum.

M. Cusco a fait supprimer le mandrin, et a eu l'idée d'y suppléer en donnant aux valves la disposition d'un bec de canard. Plus récemment, il a introduit dans la forme et le mécanisme des branches des changements qui rendent plus facile et plus sûre la manœuvre de l'instrument (fig. 5). Ce spéculum ne nous paraît pas applicable dans tous les cas.

Les spéculums de M. Fergusson (fig. 6), plus usités en Angleterre qu'en France, sont cylindriques, garnis intérieurement d'un verre étamé, d'une véritable glace, qui augmente sensiblement l'éclat de la lumière dans le champ de l'instrument.

Fig. 5. — Spéculum à bec de canard (Cusco).

La petite extrémité, ou extrémité antérieure, est taillée en biseau ou en bec de flûte ; l'extrémité postérieure, ou grosse extrémité, est évasée en forme d'entonnoir. Ces spéculums ont l'inconvénient d'être fragiles.

Fig. 6. — Spéculum à bec de flûte et à miroir (Fergusson).

Enfin, il existe des spéculums trivalves, quadrivalves (fig. 7). Il y a une variété de spéculum trivalve dans laquelle l'une des branches

peut se démonter et se retirer au moyen d'une double coulisse. On met ainsi à nu la paroi vaginale.

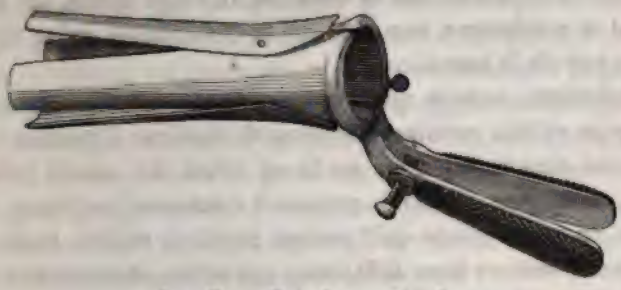

Fig. 7. — Spéculum quadrivalve.

MM. Marion Sims et Bozemann ont fait construire, pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, des spéculums univalves, en forme de cuiller recourbée, qui ne paraissent pas devoir servir à l'examen ordinaire du vagin et du col de l'utérus.

Colombat et M. Ségalas ont proposé d'adapter au spéculum un réflecteur qui éclairât davantage la cavité vaginale; mais, avec une simple lumière placée devant une cuiller d'argent, on obtient les mêmes résultats.

M. Désormeaux a inventé un instrument destiné à explorer la surface interne du col utérin. Il se compose d'un tube assez étroit pour pouvoir pénétrer dans l'intérieur de la matrice. Une fois l'instrument introduit, son extrémité externe est mise en rapport avec une petite lampe munie d'un réflecteur qui projette les rayons lumineux jusque dans la cavité du col, avec assez de clarté pour permettre à l'observateur d'en apprécier les divers états. Cet instrument, que l'auteur a nommé *utéroscope*, est fort ingénieux; mais nous ne pensons pas qu'on ait souvent besoin d'en faire l'application.

L'examen au spéculum ne peut donner que certaines notions relatives aux parties qu'il met en évidence. Il permet d'étudier les lésions développées à la surface interne du vagin, sur le museau de tanche et autour de l'orifice utéro-vaginal : couleur, injection, forme, dimensions, granulations, érosions, ulcérations, etc.

On peut aussi reconnaître les divers genres de déplacements du col de l'utérus, l'origine et le siége de la leucorrhée, sa nature et ses diverses qualités.

Mais il ne faut pas exiger davantage de ce mode d'exploration. Autrement on s'exposerait à tomber dans de graves erreurs. Ainsi, il ne peut rien apprendre sur la situation du corps utérin, sur son volume et sa consistance, non plus que sur les tumeurs qui se développent autour de la matrice.

Le spéculum, comme nous l'avons déjà dit, n'est pas seulement utile pour révéler certaines affections de l'utérus; il permet encore de porter dans le vagin ou sur le col utérin des agents thérapeutiques, caustiques, calmants, propres à combattre les lésions de ces parties, en même temps qu'il protége les tissus voisins. Enfin, il est d'un grand secours dans différentes opérations chirurgicales qui se pratiquent sur l'utérus ou sur les parois du vagin.

Pour l'examen au spéculum, la malade doit être couchée sur le dos, la tête basse, le siége rapproché du bord du lit, les deux jambes écartées et soutenues par deux aides ou par deux chaises, les cuisses fortement fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses.

Il est toujours utile de déterminer préalablement la position de l'utérus à l'aide du toucher vaginal, afin de mieux diriger l'instrument et d'arriver plus sûrement sur le col.

Avec le pouce et l'index de la main gauche on écarte doucement les grandes lèvres et les bords de la vulve, de manière à mettre à découvert l'orifice vaginal; puis, de la main droite, on introduit dans le vagin le spéculum, muni de son embout et enduit d'un corps gras. On pousse lentement l'instrument jusqu'à ce qu'il ait atteint le col de la matrice. Alors on retire l'embout, et l'on aperçoit le museau de tanche, qui ne tarde pas à se présenter au fond du spéculum et à s'engager dans l'ouverture demeurée libre. Cette manœuvre est assez facile lorsque l'utérus est dans sa position normale; mais il n'en est plus ainsi toutes les fois que cet organe a subi quelque déviation. Souvent alors on éprouve de grands embarras, et, dans certains cas même, il devient impossible de saisir le col. Quand le museau de tanche est engagé dans le spéculum, on enlève avec du coton ou de la charpie les mucosités qui couvrent sa surface.

Le spéculum bivalve, plus facile à manier que le conoïde, s'introduit comme lui, avec les mêmes précautions, et toujours muni de son embout. Seulement, lorsqu'on a dirigé l'instrument sur le col de la matrice et retiré l'embout, on écarte doucement les deux valves, et presque aussitôt le museau de tanche s'engage.

Comment déterminer maintenant si le spéculum a dépassé le col ou s'il est près de l'atteindre? Quand on ne se sert pas d'un embout, on voit, à mesure que le spéculum chemine, les replis du vagin s'effacer peu à peu au-devant de l'instrument; mais, quand il est arrivé près du col utérin, un des replis, celui qui correspond à la partie de l'organe qu'on doit apercevoir la première, disparaît entièrement. Si le col est dans l'axe du vagin, les deux replis s'effacent à la fois. Alors on écarte les deux valves, et le museau de tanche se trouve engagé.

Si, après avoir introduit le spéculum muni de son embout, on retire celui-ci vers le milieu ou les deux tiers du vagin, on voit se produire les mêmes effets que précédemment.

Supposons qu'après avoir retiré l'embout on aperçoive au fond du spéculum, au lieu du museau de tanche, une surface lisse et unie, on en conclura que l'instrument a dépassé le col de l'utérus, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. Il faut alors retirer doucement le spéculum, jusqu'à ce qu'il se forme un pli de la muqueuse vaginale. Ce pli indiquera sûrement la position du col et servira de guide à l'instrument. On peut dire, d'une manière générale, que le col est toujours opposé au pli vaginal. Ce pli est-il en avant, le col est en arrière; il faut baisser l'extrémité interne du spéculum. Le pli est-il en arrière, le col est en avant; on redresse légèrement l'instrument, etc.

Comment saisir le col utérin avec un spéculum bivalve? Si le col est en arrière, il arrive souvent, lorsqu'on écarte les valves de l'instrument, que l'une d'elles repousse l'organe en haut et en arrière; il est alors difficile de le saisir.

Le col est-il en avant, même inconvénient; quand on écarte les valves, on repousse en haut le col, qui s'éloigne de plus en plus. Rien de plus simple que la manœuvre qui permet de faire pénétrer le col, quelle que soit sa position, dans le champ du spéculum. Elle consiste à introduire le spéculum bivalve dans le vagin, de sorte que l'une des valves soit à gauche, l'autre à droite, en arrivant près du museau de tanche. Il en résulte que les deux valves peuvent passer facilement l'une à gauche, l'autre à droite du col, qui se trouve ainsi compris entre elles. Alors on imprime un demi-mouvement de rotation au spéculum, de manière que l'une des valves se place en arrière, l'autre en avant; et l'organe est saisi. Si le col se trouve à droite ou à gauche, en dirigeant obliquement l'instrument, on arrive de la même façon à le saisir.

Les spéculums trivalves et quadrivalves s'introduisent par la même manœuvre; mais ils permettent de saisir plus facilement le col que les spéculums pleins, et ils ont l'avantage d'écarter beaucoup plus les parois du vagin. Aussi doivent-ils être employés de préférence au spéculum bivalve, toutes les fois que les parois vaginales sont dans un tel état de relâchement, qu'elles se glissent entre les valves du spéculum et masquent le col utérin d'une manière plus ou moins complète. On doit aussi s'en servir dans les cas où le col est très-volumineux. On reproche à ces spéculums de pincer et de blesser les parois du vagin : ce reproche peut être fondé quand ces instruments sont introduits par des mains inexpérimentées; mais entre des mains exercées, de semblables accidents ne se produisent jamais. Toutefois, sauf les cas que nous venons d'indiquer, il vaut mieux recourir, en général, au spéculum bivalve, dont le maniement est plus facile et l'application moins douloureuse.

En vue de rendre plus facile pour le médecin et moins pénible pour les malades l'examen au spéculum, nous avons apporté dans la disposition de cet instrument des transformations assez importantes.

Fig. 8. — Spéculum courbe, infundibuliforme, à bec de flûte et à gouttière (Linas).

Ce nouveau spéculum est d'une forme très-légèrement conique et faiblement curviligne. Sa petite extrémité, ou extrémité utérine, est

taillée en biseau aux dépens du segment supérieur, c'est-à-dire de haut en bas et d'avant en arrière, comme dans le spéculum de Fergusson; sa grosse extrémité, ou extrémité vulvaire, taillée en biseau de haut en bas et d'arrière en avant, présente une embouchure largement évasée; le segment inférieur de cet infundibulum est disposé en bec de gouttière; au segment supérieur s'insère la patte de l'instrument.

Voici les avantages de ce spéculum : — Grâce à sa forme un peu conique et cambrée, il s'adapte à la forme même et à la direction du conduit vaginal; il s'ensuit que l'introduction est plus commode et plus prompte; on arrive, par une sorte d'inclinaison naturelle, sans difficultés, sans tâtonnements, jusqu'au col de la matrice, qui vient, pour ainsi dire, de lui-même s'engager dans l'ouverture de l'instrument : on épargne aussi à la femme les douleurs résultant, avec les spéculums droits ordinaires, de la nécessité de redresser le vagin, de tendre la paroi vaginale antérieure et de presser de haut en bas sur le col utérin. Ces avantages sont précieux, surtout lorsque la matrice est déviée, notamment dans la plus fréquente des déviations utérines, l'antéversion. La courbure de l'instrument est telle, qu'elle ne peut aucunement nuire à l'inspection nette et complète du col de la matrice. L'évasement infundibuliforme de la grosse extrémité permet de recueillir et de projeter dans le champ de l'instrument le faisceau le plus abondant possible de rayons lumineux. — La gouttière inférieure est destinée à favoriser l'écoulement et l'évacuation, soit des liquides médicamenteux injectés, soit des liquides morbides (sang, mucus, muco-pus) provenant du vagin ou de la cavité utérine.

Le manche est petit et court, afin de ne pas intercepter la lumière; il est placé en haut, afin que la main qui le tient ne gêne pas la main qui opère et ne soit pas souillée par les matières qui s'écoulent de l'intérieur de l'instrument; il est un peu incliné en avant, afin de ne pas aller buter contre la symphyse pubienne et de laisser un espace suffisant aux doigts de l'explorateur.

Un mandrin courbe, muni de son embout, complète ce spéculum.

Il ne convient pas de se servir à tout propos du spéculum. Ce mode d'exploration déplaît souvent aux malades, et doit être réservé pour les cas où son emploi est absolument nécessaire. Il est,

en outre, des circonstances qui en contre-indiquent l'usage. A moins de raisons impérieuses, on doit s'en abstenir chez les filles vierges ; quand on est forcé d'y recourir, il ne faut le faire qu'avec le consentement de la malade et de ses parents.

L'état inflammatoire, la douleur, certaines lésions du vagin, de l'utérus et de ses annexes, peuvent être aussi une contre-indication à l'emploi du spéculum, dans des cas que nous aurons soin de spécifier dans la suite.

Les dimensions de l'instrument doivent toujours être en rapport avec l'âge des malades et l'état des organes génitaux. Ainsi, l'application d'un spéculum bivalve ordinaire est quelquefois très-douloureuse, insupportable même, chez les femmes qui ont eu de nombreux enfants et dont les parois vaginales sont très-relâchées, tandis qu'un spéculum d'un plus fort calibre, plein ou bivalve, pénètre sans occasionner de douleur.

ARTICLE III.

CATHÉTÉRISME UTÉRIN.

Indépendamment du toucher et de l'examen au spéculum, on est obligé quelquefois d'avoir recours au cathétérisme utérin. Les deux premières méthodes nous donnent sans doute des renseignements très-précieux sur ce qui concerne l'utérus et ses annexes ; mais elles ne nous apprennent rien et ne peuvent rien nous apprendre sur la surface interne de cet organe. Comment, en effet, à l'aide du toucher et du spéculum, apprécier les dimensions du conduit utérin et le degré de sensibilité de sa surface interne ? Cela n'est pas possible ; et la sonde utérine peut seule nous l'apprendre.

On pratique le cathétérisme utérin, soit avec des sondes ou des bougies de baleine, de caoutchouc, de gutta-percha ; soit avec des instruments spéciaux, tels que la sonde de Simpson ou l'hystéromètre de M. Huguier.

La sonde de Simpson consiste en une tige métallique munie d'un manche. Cette tige est recourbée à son extrémité libre, qui se termine par un bouton d'un centimètre de circonférence. La face inférieure ou postérieure est convexe et creusée d'une rainure transversale placée à 6 centimètres et demi du bouton terminal, et qui sert à marquer la profondeur normale de la cavité utérine. La face anté-

rieure ou supérieure est graduée en centimètres. Elle est plane dans presque toute son étendue, et arrondie vers son extrémité libre; sa longueur est de 15 centimètres. Elle porte un anneau mobile ou curseur, destiné à indiquer le point correspondant à l'orifice utéro-vaginal, quand la sonde a pénétré jusqu'au fond de l'utérus (fig. 9).

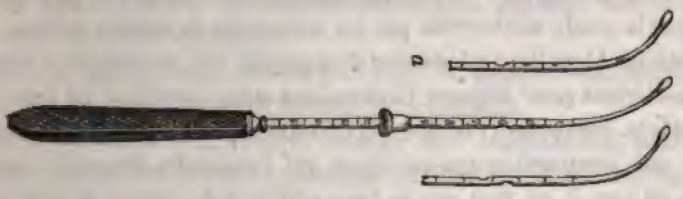

Fig. 9. — Hystéromètre.

Nous avons apporté une très-légère modification à cette sonde, en faisant ajouter une rainure transversale sur la face antérieure de l'instrument, dans le but de la rendre plus facilement accessible au doigt indicateur, quelle que soit la direction de l'instrument (fig. 9, *a*).

L'hystéromètre de M. Huguier ne diffère de la sonde de Simpson qu'en ce que le curseur est mû au moyen d'une tige qui traverse le manche et glisse dans une gouttière creusée sur la face convexe de l'instrument.

Pour pratiquer le cathétérisme utérin, la malade doit être placée comme pour l'examen au spéculum; mais il est fort important que le siége soit bien d'aplomb et n'incline ni d'un côté ni de l'autre.

On peut introduire la sonde sans le spéculum ou avec l'aide de cet instrument. Mais, dans tous les cas, il faut, au préalable, déterminer soigneusement la position et la direction de la matrice; car les manœuvres varient suivant ces circonstances.

Nous allons décrire ici le procédé qu'il convient de suivre dans l'état normal. Quant aux diverses modifications du manuel opératoire, nous les indiquerons en traitant des lésions qui les réclament.

1° **Sans le spéculum.** — On porte d'abord le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin pour aller à la recherche de l'orifice utéro-vaginal; puis, avec la main droite, on introduit dans le vagin la sonde, dont la face concave regarde en haut ou en avant; et l'on fait glisser la face convexe le long de l'indicateur gauche qui sert de guide

à l'instrument : quand le bouton terminal est parvenu jusqu'à l'orifice du museau de tanche, on pousse lentement la sonde dans le conduit utérin, en abaissant graduellement le manche, de manière que le bouton se porte en haut et en avant dans la direction de l'axe de l'utérus.

Dans les cas où aucun obstacle ne vient gêner la marche de l'instrument, rien de plus simple que cette manœuvre; mais il peut arriver que la sonde soit arrêtée par les lacunes de la surface interne du col utérin. Alors il est nécessaire d'imprimer des mouvements légers de va-et-vient pour dégager l'instrument et lui permettre de franchir l'obstacle. Parvenue à l'orifice cervico-utérin, la sonde peut y provoquer une contraction spasmodique qui l'empêche de passer outre. Dans ce cas, il ne faut pas la faire pénétrer de force, et l'on doit attendre quelques instants; le spasme cesse bientôt, et l'instrument entre sans de grands efforts dans la cavité du corps utérin. Nous reviendrons sur ces particularités en traitant des rétrécissements et des déviations.

2° **Avec le spéculum.** — On doit se servir du spéculum : 1° quand le col utérin est tellement élevé, que le doigt ne peut pas l'atteindre facilement; 2° lorsque le col est si petit et son orifice si étroit, que l'index devient insuffisant pour guider la sonde. En dehors de ces cas, tout à fait exceptionnels, on n'a pas besoin du spéculum.

Une fois l'instrument introduit dans l'orifice utéro-vaginal, on retire ordinairement le spéculum, et l'on achève l'opération comme il vient d'être dit plus haut.

Au moyen du cathétérisme utérin on peut mesurer la profondeur de l'utérus, la longueur du col, les dimensions du conduit utéro-vaginal, et apprécier la mobilité et la direction de l'organe. M. Richet nous paraît avoir été trop loin lorsqu'il a établi comme règle générale que « la connaissance des dimensions de la cavité intra-utérine permet de reconstituer, pour ainsi dire, l'organe, et d'en tracer un dessin dont l'exactitude laisse peu à désirer. » Il pourrait en être ainsi si l'épaisseur des parois de la matrice restait toujours la même et n'était point sujette à de grandes variations.

Le cathétérisme développe dans l'utérus des sensations variables suivant le degré de sensibilité individuelle. En général, l'orifice utéro-vaginal se montre insensible. Quand l'instrument traverse le

conduit cervical, les malades n'accusent qu'une sensibilité fort obscure; mais, le plus souvent, des douleurs vives se font sentir dès que la sonde atteint l'orifice cervico-utérin. Ces douleurs diminuent à mesure que l'instrument s'avance dans la cavité du corps; parfois elles se réveillent lorsqu'on touche le fond de cette cavité.

Des accidents nerveux variés, en général fugaces et passagers, des crises hystériformes, des vomissements, etc., peuvent être la conséquence de cette opération.

On a vu quelquefois, comme à la suite du cathétérisme uréthral survenir de véritables accès fébriles intermittents.

Cette opération peut aussi provoquer une exacerbation plus ou moins grave d'un état phlegmasique préexistant dans l'utérus ou dans la région péri-utérine. Ainsi, il n'est pas rare de voir, à la suite de manœuvres intempestives, une métrite interne subaiguë passer brusquement à l'état aigu, avec le cortége habituel des symptômes généraux. La recrudescence d'une phlegmasie péri-utérine présente encore plus de gravité. En effet, la surface enflammée est généralement plus étendue et en rapport avec des tissus ou des organes d'une importance considérable : le péritoine, les ovaires et le tissu cellulaire intra-pelvien. Dans ces conditions défavorables, le cathétérisme de l'utérus peut déterminer une péritonite partielle ou générale, des abcès intra-pelviens, un phlegmon péri-utérin suppuré, une ovarite suraiguë, etc.

Des accidents analogues peuvent se produire si le cathétérisme de la matrice est pratiqué pendant le travail fluxionnaire de la période menstruelle, à moins que cette opération ne soit rendue nécessaire par suite d'un spasme ou d'un rétrécissement du conduit cervico-utérin. Dans ce cas, mais dans ce cas seulement, le cathétérisme, à l'époque des règles, est essentiellement indiqué : loin d'être nuisible, il est efficace et salutaire.

Un des accidents les plus sérieux qui puisse résulter du cathétérisme, c'est l'avortement, ou l'interruption d'une grossesse commencée.

En raison de ces dangers, il ne faut recourir au cathétérisme utérin qu'avec une grande réserve et dans les cas où l'utilité de son emploi est bien démontrée.

En toute circonstance, il importe de n'introduire une sonde dans la cavité utérine qu'après s'être assuré, au préalable, de l'état de la matrice et des organes circonvoisins.

La métrite aiguë ou subaiguë est une contre-indication absolue au cathétérisme.

L'engorgement inflammatoire des tissus ou organes péri-utérins (péritoine, tissu cellulaire, ligaments larges, trompes utérines, ovaires), une sensibilité exagérée de la région ovarienne, doivent faire ajourner le cathétérisme de la matrice jusqu'à la disparition ou l'amendement de ces phénomènes. Aussi avons-nous coutume, dans les cas de ce genre, d'instituer un traitement contre ces phlegmasies, et de ne pratiquer le cathétérisme qu'après avoir éloigné ces lésions.

Nous avons dit plus haut qu'il faut éviter de recourir à cette opération pendant la période cataméniale, à moins d'y être contraint par un rétrécissement organique ou spasmodique de l'orifice cervico-utérin qui oblige à ouvrir au flux menstruel une voie plus large et plus facile.

Nous ne saurions trop appeler l'attention sur la nécessité de s'assurer s'il n'existe pas un commencement de grossesse. Dans le doute il faut s'abstenir, tenir la malade en observation, et ajourner jusqu'à ce que toute incertitude soit dissipée. Il est utile de rappeler à ce sujet que la suppression des règles n'est pas un signe suffisant pour faire présumer la grossesse, de même que la persistance de l'écoulement menstruel ne suffit pas pour établir que la matrice est dans l'état de vacuité, certaines femmes continuant à être réglées pendant le cours de la gestation, ainsi que nous l'avons dit dans nos considérations physiologiques.

Chemin faisant, nous trouverons l'occasion de revenir plus au long sur les avantages et les inconvénients de l'hystérométrie, qui est, suivant les circonstances, un mode d'exploration ou une méthode de traitement.

PREMIÈRE PARTIE

DIFFORMITÉS ET MALADIES DE LA VULVE

CHAPITRE PREMIER.

HYPERTROPHIE DE LA VULVE.

Les grandes et les petites lèvres sont susceptibles, en dehors de toute influence syphilitique, d'acquérir un développement anormal qui constitue une véritable difformité.

L'hypertrophie est tantôt partielle, tantôt générale ; tantôt unilatérale, tantôt bilatérale : c'est-à-dire qu'elle peut intéresser exclusivement l'une des grandes ou l'une des petites lèvres ; ou bien les deux grandes lèvres simultanément, ou encore les deux petites lèvres à la fois ; ou les deux lèvres, grande et petite, d'un même côté ; ou enfin les quatre parties tout ensemble. On a vu aussi l'hypertrophie, quand elle était partielle, se porter successivement ou alternativement sur les divers organes constitutifs de la région vulvaire.

Cette lésion paraît être assez commune en Égypte, où Larrey en a recueilli les premiers exemples, sous la dénomination impropre de sarrocèle des femmes. Mais elle est fort rare en Europe ; à ce point que les auteurs sont encore réduits à citer le fait unique observé et rapporté par Rigal (de Gaillac), il y a une trentaine d'années. Dans ce cas extraordinaire, les lèvres vulvaires avaient acquis de l'un et de l'autre côté des dimensions prodigieuses, et descendaient sous forme de deux énormes masses charnues jusqu'aux genoux. C'était un véritable éléphantiasis.

L'hypertrophie de la vulve s'accompagne généralement d'un surcroît d'activité circulatoire, caractérisé par le développement variqueux des veines de cette région.

La difformité dont il est ici question n'occasionne aucune incommodité appréciable quand elle est peu marquée ; mais si l'hypertrophie atteint des proportions assez importantes, elle devient un sujet

d'embarras pour la marche, de gêne pour l'accomplissement des fonctions génitales, quelquefois aussi un objet de douleur, soit par les tiraillements que son poids détermine, soit par l'irritation et même les ulcérations résultant du contact et du frottement des surfaces.

Dans ces cas seulement, on pourra, sur la demande expresse des malades, procéder à l'ablation des tissus exubérants, non point à l'aide du bistouri, mais par la ligature métallique, ou mieux encore par l'écrasement linéaire.

CHAPITRE II.

ATRÉSIE ET IMPERFORATION DE LA VULVE.

A le prendre rigoureusement dans le sens étymologique, *atrésie* signifie absence de trou (α privatif; τρῆσις, trou), imperforation ou occlusion. Mais l'usage a étendu ce mot aux rétrécissements aussi bien qu'aux oblitérations; de sorte que nous distinguerons avec les auteurs deux variétés, ou pour mieux dire deux degrés d'atrésie vulvaire : 1° une *atrésie complète*, 2° une *atrésie incomplète*.

1° **Atrésie complète.** — Elle est ou congénitale, ou accidentelle.

Elle consiste, soit dans l'adhérence des grandes lèvres, soit dans l'adhérence des petites lèvres, soit dans l'imperforation de la membrane hymen.

Cette troisième espèce, l'imperforation de l'hymen, est la seule atrésie vulvaire d'origine congénitale.

Les occlusions complètes ayant leur siége aux grandes ou aux petites lèvres sont toujours accidentelles. Elles sont généralement consécutives à des lésions de tissu, à des solutions de continuité rapprochées et soudées par une cicatrisation vicieuse. Leurs causes les plus ordinaires sont : des ulcérations de diverse nature, et notamment celles qui succèdent aux pustules varioliques; des plaies, des brûlures, des irritations, des déchirures et des violences comme celles qui résultent d'un viol, d'un coït brutal ou disproportionné.

Rien de plus facile à reconnaître que l'atrésie complète de la vulve. Mais cette constatation ne suffit pas; il faut, autant que possible, re-

monter à la cause, afin d'en tirer des présomptions touchant le plus ou moins de profondeur et de gravité de la lésion, et d'en déduire des conséquences utiles pour le traitement.

L'atrésie complète de la vulve n'expose guère à des inconvénients sérieux avant l'âge de la puberté. Mais à dater de cette époque, l'imperforation ou l'oblitération vulvaire peut devenir la source d'incommodités et même d'accidents graves, en s'opposant au libre écoulement des menstrues et des autres sécrétions utéro-vaginales. Le sang cataménial, ainsi retenu dans les organes génitaux internes, s'y accumule au point de distendre douloureusement le vagin, puis l'utérus, de déterminer dans ces régions des phénomènes subinflammatoires d'une nature inquiétante et même de donner lieu quelquefois à des signes plus ou moins marqués de péritonite pelvienne ou de phlegmasie péri-utérine. L'aménorrhée, les douleurs gravatives et lancinantes dans le bassin, dans les lombes et vers l'hypogastre, la tuméfaction et la sensibilité exagérée de cette région, des symptômes de gêne ou d'irritation du côté de la vessie, du malaise général, de l'inappétence, des frissons, des nausées, parfois des vomissements, très-souvent de la dysurie ou même une grave rétention d'urine : telles sont les manifestations habituelles de la rétention des règles par une occlusion absolue de l'orifice vulvaire.

Plus tard cette infirmité entraîne d'autres conséquences. Elle est un obstacle à l'accomplissement des rapports conjugaux ; ou, si elle survient dans le cours d'une grossesse, elle peut devenir une sérieuse complication pendant le travail de l'accouchement.

2° **Atrésies incomplètes.** — Ces atrésies, ou simples *rétrécissements* de la vulve, sont moins rares que les atrésies complètes. Quelle que soit la cause de la lésion et quel qu'en soit le siége, grandes lèvres, petites lèvres ou hymen, le plus souvent elle est limitée sur quelques points; de telle sorte que son existence est compatible avec la fonction menstruelle et avec l'excrétion régulière des autres liquides provenant du vagin ou de l'utérus.

L'atrésie vulvaire incomplète peut cependant devenir un obstacle au coït, si l'adhérence des grandes ou des petites lèvres présente une solidité inaccoutumée, ou si la portion d'hymen imperforée offre, comme on l'a vu quelquefois, une résistance analogue à celle des tissus fibreux les plus denses.

Lorsque les adhérences de l'orifice vulvaire sont récentes et peu

profondes, il est facile de les détruire à l'aide d'un stylet ou d'une sonde cannelée, de la même manière que l'on détruit les cicatrices vicieuses en voie de formation.

Si les adhérences sont plus étendues, plus profondes et anciennes, plus résistantes et plus fermes, il faut les débrider, soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri ; puis, afin d'éviter une récidive, on maintient les lèvres de la plaie écartées, en interposant un bourdonnet de charpie enduit de cérat, jusqu'à ce que la cicatrisation soit achevée.

Dans les cas d'imperforation de l'hymen, on incise la membrane avec le bistouri, et l'on pratique, soit une incision simple, si l'imperforation est incomplète, soit une incision cruciale, si l'imperforation est complète. Il est parfois utile, chez les petites filles, de surveiller pendant quelques jours les suites de l'opération, afin de prévenir, s'il y a lieu, l'adhérence des lèvres de la plaie. Dans ce cas, un pansement approprié nous semblerait préférable à la dilatation de l'orifice vulvaire conseillée par quelques chirurgiens.

CHAPITRE III.

AFFECTIONS ÉRUPTIVES DE LA VULVE.

Nous n'avons rien à signaler de particulier au sujet des éruptions exanthématiques de cette région. Elles ne présentent aucun caractère spécial qui réclame une description différente de celles qu'on trouve dans tous les traités de pathologie à propos de l'érythème, de la rougeole, de la scarlatine, de la variole, etc.

Qu'il nous suffise d'appeler l'attention sur les accidents consécutifs à quelques-uns de ces exanthèmes, notamment à la rougeole et à la variole.

On a vu quelquefois la gangrène de la vulve se développer chez les enfants à la suite de la rougeole, et amener dans cette région les plus graves désordres. Il faut donc surveiller attentivement la marche de cette éruption chez les petites filles, et en prévenir, par des soins appropriés, les conséquences funestes.

Quant à la variole, elle se montre quelquefois aussi avec une remarquable intensité autour de la vulve ; et il en peut résulter, pendant

la dernière période de l'éruption, des ulcérations étendues et profondes qui, au moment du travail de cicatrisation, donnent lieu à des adhérences entre les grandes et petites lèvres, d'où l'obstruction plus ou moins complète de l'orifice vulvaire avec tous les symptômes que nous avons décrits dans le chapitre précédent.

ARTICLE PREMIER.

ECZÉMA DE LA VULVE.

Il ne diffère pas sensiblement de l'eczéma des autres régions du corps; et souvent il coexiste avec une éruption de même nature développée, soit sur le tronc, soit sur les membres, mais principalement sur le ventre, à la partie supérieure des cuisses, au périnée et au pourtour de l'anus.

Il se reconnaît aux signes suivants : tuméfaction ordinairement légère des grandes ou des petites lèvres; rougeur assez intense, parfois très-vive, en plaques irrégulières; éruption plus ou moins confluente de petites vésicules ou de vésico-pustules, qui se rompent et font place à des érosions superficielles; suintement d'un liquide abondant, séreux ou séro-muqueux, collant, visqueux, empesant le linge, d'une âcreté telle, qu'il irrite les parties sur lesquelles il s'écoule et y propage l'éruption; démangeaisons extrêmement vives, souvent intolérables, et poussant inévitablement les malades à se gratter quelquefois jusqu'au sang. Ces démangeaisons provoquent, chez certaines femmes impressionnables, l'insomnie, une agitation excessive, des crises nerveuses pouvant aller même jusqu'au délire. Chez les petites filles, l'eczéma peut devenir l'occasion de mauvaises habitudes en les sollicitant à porter fréquemment les mains aux parties génitales.

Telle est la forme d'eczéma qu'on rencontre ordinairement dans la région vulvaire. Les autres degrés ou les autres formes de cette éruption, telles que l'eczéma fendillé, l'eczéma impétigineux, l'eczéma squameux ou nummulaire, ne s'observent pas sur les organes sexuels de la femme.

Il est rare que l'eczéma reste limité à la vulve; le plus souvent il rayonne et s'étend dans le voisinage; il envahit presque toujours la muqueuse vaginale.

Cette éruption est tantôt primitive, tantôt secondaire. Elle se

montre primitivement chez les sujets lymphatiques, scrofuleux et prédisposés aux manifestations dartreuses.

Secondairement, elle peut être causée par un écoulement leucorrhéique, dont le produit exerce une action plus ou moins irritante sur les parties qui en reçoivent le contact.

Dans la période aiguë de l'eczéma de la vulve, on prescrit les lotions émollientes et les topiques calmants; les bains tièdes généraux ou locaux à l'eau de son ou à l'eau d'amidon, répétés une ou plusieurs fois par jour; les évacuants salins, les laxatifs légers; les boissons délayantes, un régime doux, avec interdiction sévère des aliments salés ou épicés, des liqueurs alcooliques et de tous les stimulants en général.

Après la période aiguë, lorsque l'irritation muqueuse ou cutanée s'est manifestement apaisée, et qu'elle tend à passer à l'état chronique, on doit conseiller les modificateurs habituels de la diathèse herpétique : les amers, les sulfureux, les balsamiques, les préparations iodées, les médicaments arsenicaux, les lotions avec le bichlorure de mercure, l'eau de goudron, l'acide phénique, etc.

Si l'eczéma est un effet de la leucorrhée, il faut s'appliquer à combattre l'écoulement vaginal, tout en employant concurremment les moyens précédemment énumérés.

ARTICLE II.

HERPÈS DE LA VULVE.

Cette éruption se manifeste sous la forme d'une ou de plusieurs plaques rouges, irrégulières, parsemées de petites vésicules, ordinairement agglomérées, et contenant un liquide, d'abord clair, puis trouble et opaque. Au bout de six ou huit jours, ces vésicules se rompent et laissent écouler l'humeur qu'elles renferment, ou bien elles se dessèchent sans s'ouvrir. Elles sont remplacées par des croûtes peu épaisses d'une teinte variable, qui se détachent bientôt, laissant après elles, soit des excoriations superficielles, soit simplement des taches rouges légèrement déprimées.

Tantôt la rougeur disparaît graduellement; tantôt une nouvelle éruption se développe sur le même point en suivant les mêmes phases.

La formation des vésicules herpétiques s'accompagne d'élance-

ments douloureux très-vifs, d'un sentiment de chaleur et de cuisson ou d'une démangeaison plus ou moins importune. Ces phénomènes, dont le maximum d'intensité coïncide avec le développement de l'éruption, diminuent et s'éteignent avec elle.

Le bord des grandes lèvres est le siége le plus habituel de l'herpès vulvaire.

Cette éruption se montre, comme l'herpès en général, sous l'influence de la diathèse herpétique. On le voit aussi apparaître comme phénomène critique de certaines affections fébriles, de la même manière que l'herpes labialis. D'autres fois il précède et annonce, chez certaines femmes, l'écoulement périodique des menstrues. Il peut être produit ou entretenu par le défaut de propreté, le contact prolongé ou souvent répété de l'urine et des matières irritantes qui s'écoulent quelquefois par la vulve.

Les caractères bénins des vésicules, leurs formes, leur transparence, la marche rapide de l'éruption, la démangeaison ou les douleurs dont elle s'accompagne, tous ces signes, joints aux commémoratifs, ne permettent pas à un observateur attentif ou exercé de confondre l'herpès avec une éruption syphilitique de la vulve.

L'herpès vulvaire non diathésique guérit toujours spontanément. Afin de modérer l'éruption et de calmer les cuissons, on a recours aux lotions émollientes et narcotiques, aux applications de cataplasmes de fécule, aux lavages avec de l'eau fraîche, etc. Pendant la période de dessiccation on peut employer utilement la poudre de riz, d'amidon ou de lycopode. Il est superflu d'ajouter que les soins de propreté sont de rigueur.

Au traitement local il convient d'associer le plus souvent l'usage des boissons délayantes, des laxatifs, et un régime doux; ou l'emploi de la médication antiherpétique, si l'herpès vulvaire se rattache manifestement à une diathèse.

ARTICLE III.

ACNÉ DE LA VULVE.

Il arrive assez souvent que les glandes sébacées qui existent en grand nombre autour de l'orifice vulvaire s'enflamment, s'hypertrophient, et sécrètent une quantité anormale d'un sébum épais et consistant. Il en résulte autant de saillies papuleuses présentant les caractères ordinaires de l'*acne simplex*.

Cette éruption, quand elle n'est pas confluente, n'occasionne aucune incommodité de nature à appeler l'attention des femmes qui en sont atteintes. Mais, dans certaines circonstances rares, elle prend un tel développement, qu'il est utile d'instituer un traitement en vue de la diminuer ou de la faire disparaître. Quelquefois, en effet, notamment à l'approche des règles et pendant toute la période menstruelle, de véritables éruptions d'acné peuvent se manifester sur la face externe des grandes lèvres, sur l'hypogastre, dans le pli génito-crural, au périnée, avec tous les caractères propres aux phlegmasies aiguës de l'appareil cutané : tuméfaction, rougeur, gêne et douleur dans la marche et dans les mouvements, etc.

Les lotions émollientes d'abord, les cataplasmes de fécule ou d'amidon, pendant la période aiguë ; puis les lotions aromatiques ou astringentes, fréquemment répétées, surtout dans l'intervalle des recrudescences ou lorsque l'acné tend à passer à l'état chronique : tels sont les moyens auxquels on doit avoir recours si l'acné simplex de la vulve paraît n'être qu'un accident purement local. Mais s'il se rattache à une mauvaise disposition générale, à la diathèse strumeuse, par exemple, il faut employer *intus et extra* les médications usitées en pareil cas, les agents modificateurs, tels que les préparations amères, iodées, sulfureuses, l'huile de foie de morue, etc.

Une forme d'acné de la vulve plus grave et plus opiniâtre que la précédente est celle qui a été décrite par M. Huguier sous le nom d'*ecdermoptosis des follicules vulvaires*, et qui semble appartenir à la variété désignée par M. Bazin sous l'épithète de *varioliforme*.

Cette acné se montre, généralement, en éruption plus nombreuse, plus confluente que la précédente. Les boutons, au lieu de se présenter sous l'aspect de papules acuminées, comme dans l'acne simplex, offrent l'apparence des vésico-pustules de la varioloïde ; leur base est rouge et indurée, leur sommet blanchâtre ou rosé, légèrement ombiliqué et constitué par une pellicule épidermique laissant voir par transparence la matière sécrétée. Celle-ci n'est point du sébum pur, comme dans l'acne simplex. M. Hardy y a constaté la présence de corpuscules graisseux, de cellules épidermiques et d'une sorte de production cryptogamique à l'état de sporule.

Il faut avoir soin de ne pas confondre l'acné varioliforme avec une éruption variolique. Les principaux signes distinctifs sont fournis par l'état général, le siége de l'éruption, sa marche et sa terminaison.

Les phénomènes d'invasion, la fièvre, les douleurs lombaires, la céphalalgie, les vomissements, etc., par lesquels s'annonce la variole ou la varioloïde, manquent toujours dans l'acné varioliforme. L'éruption variolique n'a aucun siége de prédilection; elle se manifeste indifféremment sur toutes les régions du corps, tandis que l'acné varioliforme n'apparaît qu'à la face et aux parties génitales chez la femme. La marche de la variole et de la varioloïde est essentiellement aiguë; celle de l'acné varioliforme est essentiellement chronique. Les éruptions varioliques se terminent par rupture de la pustule ou de la vésico-pustule, suppuration, dessiccation, formation d'une croûte, ulcération, etc.; rien de semblable dans l'acné varioliforme, qui ne laisse jamais après elle ni ulcération, ni cicatrice.

L'acné varioliforme est une des manifestations de la diathèse scrofuleuse. Il faut donc la combattre surtout par des médications générales appropriées, et dont nous n'avons pas à répéter ici l'énumération.

Localement MM. Bazin et Hardy conseillent les lotions et les pommades alcalines, l'huile de cade, etc.

M. Huguier, considérant ces moyens comme insuffisants et illusoires, a recours à l'excision des boutons. Il faut avoir le soin de la pratiquer très-superficielle, de manière à n'enlever que la portion d'épiderme qui emprisonne le liquide sécrété.

ARTICLE IV.

PRURIGO DE LA VULVE.

Cette affection est ordinairement caractérisée par une éruption de papules occupant le pourtour de la vulve, sans changement de couleur à la peau. Ces papules sont l'origine et le siége de démangeaisons vives, souvent intolérables, se manifestant par accès, et plus intenses la nuit que le jour. Il en résulte, dit Lorry, une ardeur incroyable pour les plaisirs vénériens, et un besoin de se gratter tellement impérieux, que les malades, perdant toute retenue, ne sauraient s'en empêcher, « même en présence d'un roi ». Telle est la maladie que l'on trouve décrite dans quelques auteurs sous le nom de *prurigo podicis*. Dans certains cas, l'éruption revêt les caractères du lichen. La peau des grandes lèvres est rugueuse, dure, épaisse, plissée; on a alors le *lichen podicis*, qui très-fréquemment se complique aussi

d'eczéma, et constitue une lésion extrêmement pénible et rebelle.

Les démangeaisons de la vulve sont occasionnées et entretenues assez souvent, chez les enfants, par une migration d'oxyures vermiculaires venus du rectum; et quelquefois, chez les personnes plus âgées, par la présence d'insectes du genre *pediculus*.

L'*acarus scabiei* n'envahit pas les organes génitaux externes de la femme; mais il se développe dans leur voisinage; et alors la vulve peut être atteinte par une de ces éruptions secondaires, ecthyma, prurigo, etc., qui accompagnent presque toujours la gale.

Parfois on ne découvre, pour expliquer les démangeaisons de la vulve, aucune éruption; et les observateurs les plus rigoureux ont été conduits à considérer alors la maladie comme une sorte de névrose, un état particulier d'éréthisme des papilles nerveuses. C'est dans ce cas que l'on donne plus particulièrement à l'affection le nom de *prurit de la vulve*. Cette forme tourmente les malades plus cruellement encore que les précédentes. Elle est aussi plus opiniâtre, plus réfractaire aux agents thérapeutiques. Nous la décrirons dans un chapitre spécial.

Les démangeaisons de la vulve, quelles qu'en soient l'origine et la nature, deviennent assez souvent, d'une manière irrésistible, une cause d'onanisme et même de nymphomanie.

Un examen attentif des parties qui sont le siége de prurit ne peut laisser aucun doute sur le diagnostic.

Si le prurit est occasionné par une éruption papuleuse ou lichénoïde, le traitement doit consister dans l'emploi topique, soit en lotions, soit en pommades, des préparations alcalines, balsamiques, mercurielles, sulfureuses, iodées. On peut recourir encore avec avantage au camphre, à l'eau blanche, à l'oxyde de zinc, au bismuth, au cyanure de potassium, aux bains d'amidon, de Barèges, etc.

A l'intérieur, on peut donner les amers, les préparations arsenicales, etc., et les autres agents de la médication antiherpétique.

Si les démangeaisons sont dues à la présence d'oxyures ou de parasites pédiculaires, ou encore à une éruption concomitante de la gale, il faut détruire directement la cause vivante du prurit par des parasiticides appropriés.

Si elles sont causées ou entretenues par une leucorrhée symptomatique d'une maladie du vagin ou de l'utérus, on doit s'appliquer à rechercher et à tarir la source de l'écoulement.

CHAPITRE IV.

INFLAMMATION DE LA VULVE, OU VULVITE.

L'inflammation de la vulve présente des caractères différents suivant qu'elle est superficielle ou profonde, qu'elle occupe seulement la membrane muqueuse, ou qu'elle s'étend plus profondément, soit au tissu cellulaire sous-jacent, soit aux glandes dont cette région est pourvue.

Aussi étudierons-nous à part la *vulvite superficielle*, la *vulvite phlegmoneuse* et la *vulvite glanduleuse* ou *folliculaire*.

ARTICLE PREMIER.

VULVITE SUPERFICIELLE OU ÉRYTHÉMATEUSE.

Elle est caractérisée par une rougeur insolite de la muqueuse qui tapisse les grandes et les petites lèvres, le clitoris, le pourtour de l'urèthre, la membrane hymen, ou les caroncules myrtiformes. Ces parties sont le siége d'une chaleur anormale et d'un certain degré de tuméfaction. Il s'y manifeste aussi de la douleur et un sentiment de cuisson, qui s'exagèrent au toucher et pendant les mouvements de la marche.

Une sécrétion leucorrhéique, dont l'abondance et la nature varient suivant le degré d'intensité de l'inflammation, baigne d'une manière incessante les parties phlogosées. Elle est tantôt muqueuse, tantôt muco-purulente, quelquefois mêlée de stries sanguinolentes.

Quand la phlegmasie est intense, l'épithélium tombe en certains points, et il se produit des érosions variables en nombre et en étendue.

Le contact de l'urine sur la membrane muqueuse enflammée et érodée détermine de vives douleurs. Si l'inflammation se propage dans le canal de l'urèthre, la miction est extrêmement pénible, et les malades éprouvent tous les phénomènes de la dysurie et de la strangurie.

La vulvite superficielle est assez fréquente chez les petites filles. Chez les femmes, l'inflammation est rarement bornée à la vulve;

elle s'étend presque toujours au vagin. On retrouve la vulvite simple chez les personnes âgées.

La cause la plus ordinaire de la vulvite est la malpropreté, la négligence ou l'oubli des soins de toilette que réclament les organes génitaux externes.

Chez les enfants, la vulvite est assez souvent le résultat de l'onanisme, quelquefois d'attentats à la pudeur commis avec violence, ou du contact d'une matière virulente.

On la voit aussi se développer spontanément chez les sujets lymphatiques; elle prend alors le caractère catarrhal, et donne lieu à un écoulement très-abondant de muco-pus.

Les autres causes de la vulvite sont : une marche forcée, principalement chez les personnes obèses ; les excès de coït, l'état sédentaire ; l'usage abusif des chaufferettes, et tout ce qui entretient une chaleur exagérée dans les parties génitales.

La vulvite superficielle reste rarement à l'état aigu. Par un sentiment de pudeur facile à comprendre, les personnes qui en sont atteintes dissimulent la maladie, et ne se décident que tardivement à réclamer des soins, à moins que des circonstances particulières ne les y contraignent. Il en résulte que l'inflammation passe généralement à l'état chronique ; et souvent alors elle devient extrêmement rebelle.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic, qu'une exploration directe rend toujours facile ; mais nous dirons qu'il importe de remonter à la cause de l'inflammation, d'en préciser, autant que possible, l'étendue, de s'assurer s'il n'existe pas de complication.

Au début de la vulvite superficielle, le traitement doit consister dans le repos, dans l'emploi des topiques émollients et calmants, des lotions souvent répétées, des bains de siége, des bains généraux à l'eau de son, etc.

Plus tard, et surtout dans la forme chronique, on a recours à la médication substitutive : lotions avec l'eau blanche, avec des solutions de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre, d'azotate d'argent (au 16e), etc.

Dans des cas rares et rebelles, on est obligé d'employer la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent cristallisé ou les badigeonnages avec la teinture d'iode.

Lorsque la vulvite se rattache au tempérament lymphatique ou à la diathèse scrofuleuse, il faut faire usage des lotions astringentes

(feuilles de noyer, écorce de chêne, solutions de sous-acétate de plomb, de sulfate de cuivre ou de zinc), des lotions de vin aromatique, des lotions sulfureuses, etc. A ces moyens locaux il est nécessaire d'associer un traitement général approprié à la diathèse : toniques, amers, ferrugineux, huile de foie de morue, bains de Barèges, bains de mer, eaux minérales bromo-iodurées, etc.; régime substantiel et analeptique.

ARTICLE II.

VULVITE PROFONDE OU PHLEGMONEUSE.

Quelquefois l'inflammation vulvaire, au lieu de rester limitée à la membrane muqueuse, se propage au tissu cellulaire sous-jacent et revêt tous les caractères du phlegmon.

La vulvite phlegmoneuse a spécialement son siége aux grandes lèvres, où son développement est singulièrement favorisé par l'abondance et la laxité du tissu conjonctif.

La rougeur devient plus vive, la tuméfaction augmente; des douleurs lancinantes d'abord, puis tensives et continuelles, rendent difficiles les mouvements et la marche. Les ganglions inguinaux s'engorgent; la grande lèvre enflammée se déforme, et vient, à la manière d'un bourrelet, fermer l'orifice vaginal. L'extrême sensibilité des parties rend le plus léger contact douloureux. L'émission de l'urine s'accompagne également de souffrances vives.

Les parties voisines sont le siége d'un gonflement œdémateux, et si le phlegmon occupe un seul côté de la vulve (ce qui est le cas le plus fréquent), l'œdème gagne le côté opposé. Fréquemment on trouve sur la grande lèvre enflammée une ou plusieurs ulcérations, qui sont tantôt la cause, tantôt l'effet de la phlegmasie.

Au bout de quelques jours la tension diminue, et une fluctuation évidente annonce la formation du pus, l'existence d'un abcès.

A ces phénomènes locaux se joignent ordinairement les symptômes généraux habituels de l'inflammation phlegmoneuse : fièvre intense, frissons, céphalalgie, malaise et courbature, anorexie, inappétence, langue chargée, bouche saburrale; quelquefois nausées et vomissements.

La vulvite phlegmoneuse se termine rarement par résolution ; le plus souvent elle aboutit à une collection purulente, qui peut s'ou-

vrir spontanément du côté de la face interne de la grande lèvre, grâce au peu d'épaisseur de la membrane muqueuse en ce point.

L'évacuation du pus, quand elle s'opère par une ouverture suffisante, amène promptement la cessation des douleurs; l'œdème circonvoisin diminue et s'efface; l'engorgement des ganglions inguinaux se dissipe; la fièvre tombe, avec les autres phénomènes généraux, et la guérison ne se fait pas longtemps attendre.

Quand le pus s'écoule par une ouverture insuffisante, la rémission des symptômes n'est que momentanée; une nouvelle collection se forme, et les accidents du début renaissent, mais à un moindre degré, jusqu'à ce que l'art intervienne pour donner au pus une issue plus large. Dans certains cas, où la maladie est abandonnée à elle-même, l'ouverture de l'abcès persiste et devient fistuleuse.

Le traitement de la vulvite phlegmoneuse, au début, ne diffère pas du traitement de la vulvite simple aiguë : lotions émollientes et narcotiques, bains de siége et bains entiers, cataplasmes; boissons délayantes, purgatifs, repos, diète.

Quand la phlegmasie se termine par suppuration, il faut se hâter de donner issue au liquide purulent, au moyen d'une incision pratiquée avec un bistouri ou une lancette.

Si l'incision est suffisamment étendue, le pus s'écoule facilement, et la guérison s'opère avec rapidité.

Les soins consécutifs consistent dans l'application de topiques calmants, et dans des lavages fréquents, comme pour les abcès en général.

Nous entrerons dans de plus grands développements à l'occasion des abcès de la vulve.

ARTICLE III.

VULVITE GLANDULEUSE.

Nous décrirons sous ce nom: 1° l'inflammation des glandes mucipares et sébacées de la vulve; 2 l'inflammation des glandes vulvo-vaginales.

§ I. — Inflammation des glandes mucipares et sébacées, ou inflammation granuleuse.

L'inflammation de ces glandes est rarement primitive ; le plus souvent elle apparaît concurremment avec la vulvite simple, dont elle n'est en quelque sorte qu'une propagation et qu'une forme profonde.

Elle se développe, par conséquent, sous l'influence des mêmes causes ; mais sa marche est beaucoup plus lente, et son opiniâtreté beaucoup plus grande. On peut dire qu'on ne la rencontre généralement qu'à l'état chronique.

Elle se manifeste par une turgescence des follicules mucipares et sébacés disséminés au pourtour de l'orifice vulvaire. Ces glandes, suivant leur degré d'hypertrophie, forment des saillies plus ou moins prononcées, quelquefois sensibles à la vue, toujours sensibles au toucher. Il en résulte un état granuleux de la muqueuse qui tapisse la face interne des grandes lèvres et la commissure supérieure de la vulve, d'où le nom de *vulvite granuleuse* qu'on peut encore donner à cette phlegmasie. Au niveau de ces granulations, la membrane présente habituellement, surtout à l'état subaigu, une petite tache ou auréole plus rouge que le tissu ambiant.

La sécrétion muqueuse et sébacée est tantôt augmentée simplement, tantôt modifiée dans ses qualités, par le mélange d'une faible proportion de pus.

Dans certains cas, le liquide de sécrétion, au lieu de s'écouler librement au dehors, s'amasse dans les glandules, leur donne une apparence plus exubérante encore et l'aspect de véritables pustules d'acné. C'est cette variété que M. Huguier a spécialement décrite sous les noms de *folliculite vulvaire*, d'*ecdermoptosis des follicules sébacées*, et que nous avons mentionnée, avec d'autres auteurs, sous le nom d'*acné de la vulve*, en parlant des maladies éruptives de cette région.

Le diagnostic de la vulvite granuleuse ne présente aucune difficulté.

On doit essayer d'abord de traiter cette inflammation par les topiques émollients, les lotions avec l'eau de feuilles de noyer, avec un mélange d'eau et de vin aromatique, et d'autres préparations analogues.

Si la maladie est rebelle à ces moyens, on a recours aux lotions astringentes (sulfate de cuivre, sulfate de zinc, alun, extrait de Saturne), ou aux lotions sulfureuses, aux badigeonnages avec la teinture d'iode mitigée, et en dernier lieu, aux cautérisations avec le nitrate d'argent. C'est là une véritable médication substitutive qui convient particulièrement lorsque la sécrétion des glandes vulvaires est visiblement altérée dans ses qualités.

§ II. — Inflammation des glandes vulvo-vaginales.

Les glandes vulvo-vaginales, au nombre de deux, sont placées, comme on le sait, de chaque côté de l'orifice vaginal, en arrière des petites lèvres, au niveau de l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de la vulve. C'est en ce point que s'ouvre leur conduit sécréteur, en dehors de l'hymen ou des caroncules myrtiformes (voy. la description de ces glandes page 27).

L'inflammation simple de ces glandes importantes ne donne lieu qu'à un certain degré de tuméfaction, qui permet de constater aisément leur présence; à un boursouflement avec rougeur de leur orifice ; à un peu de douleur, que la palpation et surtout la pression exagèrent; à une hypersécrétion du liquide normal, hypersécrétion dont les proportions sont très-variables, mais qui va quelquefois jusqu'à simuler une leucorrhée et incommoder les malades par son abondance.

Cet état de phlegmasie peut se terminer spontanément par résolution, quand il est léger et le résultat des causes les plus simples.

Dans les cas contraires, l'inflammation passe à l'état chronique ou se termine par suppuration.

A l'état chronique, la tuméfaction des glandes vulvo-vaginales diminue, la douleur disparaît; mais la supersécrétion persiste et souvent même augmente ; le liquide sécrété change aussi de nature et de couleur. Au lieu d'être clair, filant, d'une transparence parfaite, il devient louche, opaque, laiteux ou mucoso-purulent; il tache le linge, et la compression de la glande le fait sourdre en abondance.

Si l'inflammation est intense ; si, au lieu d'être limitée aux canaux de la glande, elle en occupe tous les éléments, la suppuration s'établit, les conduits excréteurs sont oblitérés par le gonflement phlegmasique, le pus s'amasse, s'accumule, et forme un abcès.

Alors les parties enflammées s'engorgent, et la collection purulente soulève les tissus, et vient former, au niveau de la région qu'occupe la glande vulvo-vaginale, une tumeur globuleuse, dont le volume varie depuis celui d'un gros pois ou d'une cerise jusqu'à la grosseur d'une noix. Cette tumeur est extrêmement sensible au toucher; elle est le siége d'une chaleur cuisante, ainsi que de douleurs aiguës, lancinantes, que les moindres mouvements exagèrent et qui rendent la marche et la position assise impossibles.

Cet excès d'inflammation s'accompagne des symptômes généraux ordinaires : frissons légers, fièvre, inappétence, malaise, etc.

Comme toutes les phlegmasies glanduleuses, celle des glandes vulvo-vaginales présente une grande ténacité, et est assez sujette, soit aux récidives, soit aux recrudescences; c'est habituellement à l'époque des règles et sous l'influence du molimen menstruel, qu'ont lieu ces recrudescences ou ces récidives. Il n'est pas rare alors de voir l'abcès se reproduire à chaque exacerbation : nous avons eu l'occasion d'observer ce fait plusieurs fois.

L'inflammation des glandes vulvo-vaginales ou celle de leur conduit excréteur est tantôt primitive, tantôt consécutive.

Dans le premier cas, elle reconnaît ordinairement pour causes les excès de coït ou les violences criminelles exercées sur les parties sexuelles.

Dans le second cas, elle se montre dans le cours d'une vulvite érythémateuse simple ou blennorrhagique, qui, par voie de propagation, s'étend et pénètre jusque dans les organes glanduleux de la région.

Le traitement ne diffère pas de celui que nous avons exposé à propos de l'inflammation de la muqueuse vulvaire, des follicules mucipares et de la vulvite phlegmoneuse. Il faut se conformer aux mêmes principes. Seulement, si la phlegmasie se termine par un abcès, nous avons l'habitude, après l'ouverture de la collection purulente, le lendemain et plusieurs fois à deux ou trois jours d'intervalle, de cautériser avec le crayon de nitrate d'argent le trajet de la plaie, dans le but de prévenir l'adhérence, et de donner au pus un écoulement plus facile, sans introduire de mèche de charpie, de modifier la surface sécrétante, et d'amener une cicatrisation plus rapide et une cure radicale. Ce moyen si simple nous a constamment réussi.

CHAPITRE V.

DIPHTHÉRITE ET MUGUET DE LA VULVE.

ARTICLE PREMIER.

DIPHTHÉRITE VULVAIRE.

On voit quelquefois la muqueuse vulvaire se recouvrir de f membranes analogues à celles qu'on observe dans la sto pseudo-membraneuse.

Cet accident peut se montrer dans deux circonstances très rentes : 1° dans le cours d'une vulvite simple ; 2° dans le cours infection diphthéritique franche.

Dans le premier cas, on a affaire à un épiphénomène pur local, à une manifestation diphthéritique isolée ; c'est une co cation, sans gravité, de l'inflammation primitive.

Dans le second cas, la diphthérite vulvaire se développe ind damment de toute phlegmasie locale antérieure ; elle est le pr d'une cause générale, spécifique, infectieuse, qui exerce ses ra communément sur la muqueuse de la bouche, du pharynx, du l et des bronches.

Il est de la plus haute importance de distinguer ces deux va de diphthérites vulvaires, en raison des différences profondes q séparent sous le raport du pronostic et du traitement.

La diphthérite vulvaire *localisée* se greffe, pour ainsi dire une inflammation préexistante ; c'est, à proprement parler, vulvite pseudo-membraneuse. Elle ne s'accompagne d'aucun symptômes généraux graves qui caractérisent la diphthérite ou fection diphthéritique.

La seconde forme de diphthérite vulvaire s'associe, au contr à tout ce cortége de symptômes, et en outre, au lieu d'être iso elle coexiste avec une angine couenneuse ou une stomatite de m nature. Le plus souvent même les fausses membranes n'apparais sur la vulve qu'après s'être montrées préalablement dans la bou ou sur le pharynx.

La vulvite pseudo-membraneuse isolée est une affection béni à laquelle conviennent les moyens de traitement applicables

vulvite ordinaire. Quand, à l'aide de cataplasmes ou de fomentations émollientes, on est parvenu à faire tomber les fausses membranes, il faut modifier la surface enflammée, soit à l'aide des astringents (alun, sulfate de cuivre, tannin, etc.), soit même par des cautérisations légères au nitrate d'argent.

La diphthérite vulvaire infectieuse est une maladie grave, qu'il faut combattre par les agents habituellement dirigés contre l'affection couenneuse de la bouche et de la gorge : localement et dès l'abord, l'alun pulvérisé, ou une forte solution de la même substance, la cautérisation avec le perchlorure de fer liquide, ou avec le nitrate d'argent cristallisé, ou avec l'acide chlorhydrique ; — à l'intérieur, une médication franchement tonique ; en un mot, le traitement préconisé par Bretonneau contre la diphthérite.

ARTICLE II.

MUGUET DE LA VULVE.

L'*oïdium albicans* apparaît quelquefois sur la muqueuse vulvaire, comme à la bouche ; toutefois nous ne connaissons pas d'exemple de muguet développé primitivement sur la vulve. Quand on l'y rencontre, c'est chez les enfants vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, épuisés par de longues souffrances, ou parvenus à la dernière période d'une cachexie ou d'une maladie grave. Dans ce cas, le muguet se montre d'abord sur la muqueuse buccale, et la muqueuse pharyngienne ; et ce n'est que d'une manière consécutive, et en se généralisant, qu'il envahit les organes génitaux.

Cette particularité peut suffire, dans le plus grand nombre de cas, à faire reconnaître le muguet, qui, d'ailleurs, se distingue de toute autre affection par un cryptogame caractéristique, l'*oïdium albicans*, donnant naissance à une substance blanchâtre, molle, pultacée, facile à détacher, sans aucune lésion de la muqueuse sous-jacente.

Le muguet vulvaire ne présente par lui-même aucune gravité ; mais, comme nous venons de le dire, il est l'indice d'un état général inquiétant.

C'est donc moins contre le muguet que contre la maladie dont il est le signe et l'effet que le traitement doit être dirigé. Quant au traitement local, qu'il ne faut cependant pas négliger, il consiste dans l'emploi du vin aromatique, des solutions de borate de soude, de chlorate de potasse, d'alun, etc.

CHAPITRE VI.

GANGRÈNE DE LA VULVE.

La gangrène de la vulve peut être le résultat d'une violence traumatique, d'une contusion, d'une chute, d'une blessure, de manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux, etc. On l'observe encore chez les malades atteintes d'anasarque, principalement à la suite des mouchetures pratiquées sur les grandes lèvres et chez les sujets cachectiques. Elle est quelquefois un des modes de terminaison de la vulvite, soit superficielle, soit profonde. Elle peut survenir aussi dans le cours des fièvres graves, telles que la fièvre typhoïde et la fièvre puerpérale, ou pendant la durée de la plupart des maladies éruptives, la rougeole, la variole, l'érysipèle, et surtout la scarlatine.

Elle est plus fréquente dans l'enfance que dans les autres périodes de la vie.

La gangrène de la vulve présente les caractères habituels de la mortification des tissus: apparition de vésicules ou de phlyctènes remplies d'une sérosité sanguinolente, de teinte grisâtre ou brunâtre, remplacées bientôt par une plaque noire, qui tantôt s'ulcère, tantôt se dessèche et forme l'eschare; œdème et gonflement subinflammatoire des parties ambiantes; suppuration, élimination de l'eschare, écoulement d'un liquide sanieux et fétide, etc. D'autres fois les vésicules et les phlyctènes manquent, et la gangrène débute d'emblée par des plaques sèches et dures.

Tantôt le mal se limite et n'atteint qu'une partie très-bornée de la vulve; tantôt il s'étend, gagne de proche en proche, envahit successivement les grandes lèvres, les petites lèvres et le périnée, opère de graves désordres et de profonds ravages, et se prolonge même jusqu'au pourtour de l'anus.

Au début, les symptômes généraux varient suivant la cause de la gangrène, et selon la maladie dont elle est le plus souvent un épiphénomène. Mais quand le travail de mortification est très-avancé, quelle qu'en soit l'origine, les phénomènes généraux prennent, dans tous les cas, une physionomie uniforme, ordinairement celle des accidents adynamiques: frissons irréguliers, pouls petit,

dépressible et fréquent, altération des traits, prostration et collapsus, sécheresse et aridité de la peau, ou sueur visqueuse et colliquative, anorexie complète, diarrhée séreuse, etc.

La gangrène de la vulve, surtout chez les enfants, peut se terminer par la mort, soit en raison de l'étendue et de la profondeur de ses ravages, soit par suite des symptômes généraux graves qu'elle provoque et qui viennent d'être décrits.

Il importe donc de prévenir la manifestation de cette lésion, en surveillant avec un soin scrupuleux la marche des maladies qui peuvent l'engendrer, ou, dans les cas de traumatisme, en exerçant une attention vigilante sur l'état de la blessure, de la plaie, de la contusion, etc., et en pratiquant des pansements méthodiques, réguliers et bien faits.

Quand la gangrène existe, il faut se hâter d'en enrayer la marche envahissante et d'en circonscrire le foyer. Si la lésion est superficielle et de peu d'étendue, on peut recourir simplement à la cautérisation avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, les acides chlorhydrique, citrique, etc.; aux pansements avec les poudres de charbon et de quinquina, avec le coaltar et ses diverses préparations, avec l'acide phénique, la glycérine phéniquée, la pommade au perchlorure de fer; aux lotions avec l'eau chlorée, la liqueur de Labarraque, etc.

Lorsque, malgré l'emploi de ces moyens, la gangrène s'étend, on doit appliquer sans retard les caustiques les plus énergiques, la potasse de Vienne, le beurre d'antimoine, l'acide nitrique anhydre, et surtout le cautère potentiel chauffé au blanc. La cautérisation doit être profonde et dépasser toujours les limites du mal. Il est nécessaire de la répéter jusqu'à ce que la lésion cesse de faire des progrès.

L'eschare laisse après sa chute une plaie qu'il faut panser par les moyens ordinaires.

Pendant la période de cicatrisation, il importe de surveiller le travail réparateur, et de prévenir les adhérences vicieuses qui pourraient s'établir entre les bords opposés de l'orifice vulvaire, le rétrécir ou l'oblitérer. Si ces adhérences viennent à se produire, il faut les détruire dès le principe, avant que la cicatrice ait acquis une trop grande solidité.

Il est fort utile encore de prévenir par des lotions fréquentes les effets du contact de l'urine, soit sur les parties gangrenées, soit sur les plaies qui suivent la chute de l'eschare.

Ici le traitement général est d'une très-haute importance. Les amers, les toniques diffusibles, les antiseptiques, et principalement les préparations chlorées (quelques gouttes d'eau chlorée, ou 2 ou 3 grammes de chlorure de soude ou de chaux dans un litre d'eau), doivent être prescrits à l'intérieur, concurremment avec un régime analeptique et reconstituant.

Nous croyons devoir insister aussi sur l'utilité des fumigations chlorées, développées autour du malade au moyen du chlorure de chaux délayé dans une suffisante quantité d'eau, afin de purifier d'une manière incessante l'air environnant, et de détruire les émanations putrides de la plaie gangréneuse.

CHAPITRE VII.

TUMEURS ENKYSTÉES DE LA VULVE.

Nous décrirons dans ce chapitre: 1° les *kystes* proprement dits; 2° les *corps fibreux vulvaires;* 3° les *lipomes.*

ARTICLE PREMIER.

KYSTES PROPREMENT DITS.

Les kystes de la vulve ne présentent aucune particularité digne d'être signalée; ils ne diffèrent en rien, par leur structure et leur composition, des kystes développés sur d'autres points de l'organisme.

Les grandes lèvres en sont le siége le plus ordinaire.

Le volume de ces tumeurs est très-variable. Tantôt petites, comme une lentille ou un pois, elles peuvent acquérir progressivement la grosseur d'une noix ou d'une pomme.

Elles sont mobiles sous la peau, indolentes et dépourvues de tous les caractères habituels de l'inflammation. Elles déforment la vulve et apportent un obstacle ou une gêne aux fonctions de la génération.

Les *kystes sanguins* ou *hématiques* de la vulve, qu'on nomme quel-

quefois *hématocèles vulvaires*, sont habituellement le résultat de violences subies par les grandes lèvres : coups, chutes, contusions, abus de coït, accouchement laborieux et prolongé, compression ou déchirure opérées par la tête d'un fœtus ou par un instrument d'obstétrique, etc.

Ces kystes se reconnaissent, dès les premiers jours, au changement de couleur des téguments, qui prennent la teinte d'abord bleue ou violacée, puis jaunâtre, du liquide épanché. Molles tant que le sang reste fluide, elles acquièrent une consistance demi-solide ou solide, à mesure que la partie fibrineuse du sang se coagule. Il arrive ensuite, ou que l'épanchement se résorbe entièrement et ne laisse après lui qu'une petite tumeur dure et mobile, — c'est le reliquat non résorbé du coagulum, — ou que le sérum n'est pas résorbé, et forme un kyste séreux. Plus rarement les kystes hématiques se terminent par suppuration et aboutissent à un abcès.

Les *kystes séreux* peuvent donc naître d'un kyste sanguin, dont ils représentent une des transformations ultimes.

Ils se montrent quelquefois aussi, mais beaucoup plus rarement, d'une manière primitive.

Les kystes séreux des grandes lèvres ont été assimilés, par plusieurs chirurgiens, à l'hydrocèle, et décrits sous le nom d'*hydrocèle vulvaire*.

Il est probable qu'il faut ranger également dans les tumeurs désignées ainsi, les *kystes muqueux*, ou *séro-muqueux*, qui, d'après MM. Velpeau et Vidal (de Cassis), se développent, sous l'influence des excès de coït, dans une bourse muqueuse située dans l'épaisseur des grandes lèvres.

On a donné aussi la même dénomination à la dilatation excessive des conduits de la glande vulvo-vaginale. On voit, en effet, l'orifice de ces conduits s'oblitérer parfois; le liquide sécrété par la glande s'y accumuler sans cesse, distendre outre mesure les canaux excréteurs, et donner ainsi lieu à une tumeur enkystée, toujours située, comme les abcès des glandes vulvo-vaginales, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la vulve.

L'accumulation du mucus dans les follicules mucipares, répandus si abondamment au pourtour de la vulve, peut encore devenir, de la même manière, l'origine et la cause de tumeurs enkystées, aisément reconnaissables à leur volume généralement petit, à leur

forme globuleuse, à leur extrême mobilité, à leur position superficielle et au défaut de fixité de leur siége.

La poche d'un ancien abcès peut servir également de point de départ à un kyste vulvaire. C'est ce qui arrive à peu près inévitablement, si la cavité purulente ne s'est pas oblitérée par le rapprochement et l'adhérence des parois.

Une dernière variété de kystes vulvaires est constituée par les *kystes mélicériques* ou *sébacés*, encore désignés sous la dénomination de *loupes* de la vulve.

Ces tumeurs, résultant du développement hypertrophique, mais non inflammatoire, des glandes sébacées de la vulve et de l'accumulation de la matière sécrétée, sont fermes et comme pâteuses au toucher. Contrairement aux kystes liquides, elles ne présentent aucun signe de fluctuation.

Les kystes de la vulve sont faciles à reconnaître à leur forme généralement sphérique, à leur mobilité, à leur indolence. S'il pouvait exister quelques doutes sur la nature de la tumeur, et particulièrement sur la qualité de son contenu, une ponction exploratrice suffirait pour lever immédiatement toute incertitude.

Lorsque ces tumeurs sont d'un petit volume et placées à la partie antérieure des grandes lèvres, elles n'exercent aucune incommodité, et peuvent être gardées sans inconvénient ; mais si elles sont volumineuses et si elles forment une saillie au devant de l'orifice vaginal, elles deviennent un obstacle gênant pour les rapprochements sexuels, et elles peuvent, sous l'influence des mouvements et de la marche, s'irriter et s'enflammer.

L'inflammation est, en effet, une des complications possibles des kystes vulvaires et une indication de les opérer, afin de prévenir le retour de cet accident.

Si les kystes sont liquides et peu volumineux, on peut tenter d'en obtenir la résorption par l'écrasement. Cette simple opération suffit quelquefois pour rompre les parois du kyste et pour amener l'épanchement du contenu dans le tissu cellulaire ambiant, où il se résorbe.

Les kystes sanguins ne doivent pas être ouverts prématurément. Il convient d'en favoriser la résorption avant de recourir à une opération, souvent superflue et quelquefois nuisible, en raison des complications dont elle peut être suivie.

Les kystes séreux, muqueux ou séro-muqueux devront être traités, suivant les cas, soit par la ponction avec un trocart, l'évacuation du liquide et une injection vineuse ou iodée; soit par l'incision ou l'excision. La ponction est aujourd'hui généralement adoptée; c'est à elle qu'on doit le plus souvent donner la préférence.

Quant aux kystes solides, les loupes par exemple, c'est au moyen de l'énucléation qu'il faut en tenter la cure radicale.

ARTICLE II.

CORPS FIBREUX DE LA VULVE.

Vidal (de Cassis) a décrit sous ce nom des « tumeurs dures, d'un tissu blanc et fibreux, d'une forme arrondie, d'une rénitence très-marquée, indolores et ne gênant que par leur volume. Elles sont lisses, et la muqueuse de la grande lèvre qui est appliquée contre leur surface interne ne lui est pas adhérente. Elles peuvent devenir très-anciennes sans revêtir un mauvais caractère. »

Ces tumeurs ne seraient-elles pas le vestige d'un épanchement sanguin résorbé, de la fibrine du caillot, ayant subi une organisation rudimentaire; et, à ce titre, n'est-il pas permis de rattacher leur histoire à celle des kystes hématiques, décrits dans l'article précédent? Nous posons la question sans la résoudre, n'ayant jamais eu l'occasion d'examiner des tumeurs de cette nature.

Vidal (de Cassis) conseille de les énucléer, « en attaquant la face externe de la grande lèvre ».

ARTICLE III.

LIPOMES DE LA VULVE.

Le tissu cellulo-graisseux qui double le pli des grandes lèvres peut acquérir partiellement un certain degré d'hypertrophie, et donner naissance à un lipome. Cependant ces tumeurs sont rares, si l'on songe surtout à leur fréquence dans d'autres régions du corps.

Elles peuvent être confondues aisément avec de simples kystes. Mais cette confusion, qu'une ponction exploratrice viendra toujours dissiper, serait d'ailleurs sans inconvénient; car les lipomes

réclament les mêmes soins et les mêmes procédés opératoires que les kystes solides.

CHAPITRE VIII.

TUMEURS VASCULAIRES DE LA VULVE.

Nous n'avons pas à parler ici du *thrombus* de la vulve, qui est un des accidents de la grossesse et surtout de la parturition. Signalons cette lésion seulement pour mémoire, renvoyant pour les détails aux traités d'accouchements, où ce sujet est exposé aussi longuement qu'il convient.

Nous ne reviendrons pas non plus sur les kystes hématiques, dont il a été question plus haut (pages 94, 95).

Nous dirons seulement quelques mots des tumeurs variqueuses et des tumeurs érectiles, qui se développent quelquefois dans la région vulvaire.

ARTICLE PREMIER.

TUMEURS VARIQUEUSES.

On les observe fort rarement. Leur cause la plus ordinaire est la grossesse, qui, en se répétant, finit par amener, chez quelques femmes, la dilatation permanente des veines de la vulve.

Cette lésion, prononcée surtout pendant le cours de la gestation, diminue, sans toujours disparaître, après l'accouchement. Elle rappelle le varicocèle, et pourrait recevoir le nom de *varicocèle vulvaire.*

A moins qu'elle ne soit très-volumineuse, elle n'occasionne aucun embarras ni aucune douleur. Dans le cas contraire, elle détermine un sentiment de gêne et de malaise dans la région vulvaire, elle rend la marche difficile ; elle est sujette à se rompre ou à s'enflammer comme les tumeurs de même nature.

Si la tumeur variqueuse est d'un petit volume, elle ne réclame aucun traitement, si ce n'est, à titre de palliatif, l'emploi des topiques astringents et des lotions réfrigérantes.

Les mêmes moyens conviennent aux tumeurs plus volumineuses ; mais ils seraient insuffisants si l'on n'y joignait une compression continue et modérée, à l'aide d'une pelote de caoutchouc ou d'un coussinet maintenu par un bandage en T.

ARTICLE II.

TUMEURS ÉRECTILES.

Les *tumeurs érectiles* se présentent généralement sous la forme de masses pédiculées, résultant de la réunion de plusieurs excroissances vasculaires dont l'ensemble rappelle l'aspect d'une framboise.

Ces tumeurs se développent autour du méat urinaire, et le plus souvent au-dessous. Dans un cas que nous avons observé, la tumeur formait un bourrelet circulaire au centre duquel était l'orifice de l'urèthre.

Leur coloration est rouge, un peu violacée. Elles sont molles, d'une consistance fongueuse, et saignent assez facilement. Elles sont très-sensibles au toucher, et provoquent aussi des douleurs lancinantes, un sentiment de chaleur et de cuisson qui se propage dans l'urèthre et dans les parties voisines. Il en résulte quelquefois du ténesme, des envies fréquentes d'uriner et tous les symptômes de la dysurie. La marche et les mouvements augmentent ces pénibles phénomènes.

Le siége de ces tumeurs, leur nature essentiellement vasculaire, érectile, leur coloration d'un rouge foncé, l'absence de toute sécrétion fétide dans leur voisinage, sont autant de signes qui distinguent ces excroissances d'autres productions morbides analogues qu'on rencontre à la vulve.

Les tumeurs érectiles de la vulve n'ont aucune tendance à guérir spontanément.

Les douleurs auxquelles elles donnent naissance peuvent être modérées par l'emploi des topiques calmants, des bains de siége, des bains entiers, etc., mais ces moyens sont généralement insuffisants, et il faut de toute nécessité recourir à l'ablation.

Nous doutons de l'efficacité des lotions astringentes recommandées par Dugès. Cependant avant de recourir à l'excision, on peut essayer, chez les malades pusillanimes, de saupoudrer la tumeur avec de l'alun pulvérisé, suivant le conseil de madame Boivin.

Quant à l'excision, elle peut se pratiquer, soit par la ligature, soit avec le bistouri, ou mieux encore, et de préférence, avec les ciseaux courbes.

La ligature doit être préférée quand la tumeur est pédiculée; mais si la tumeur est sessile et présente une base assez large, il faut recourir à l'instrument tranchant.

Cette opération est suivie d'une hémorrhagie parfois assez abondante, et il n'est pas rare de voir récidiver la tumeur.

Dans le double but d'arrêter la perte de sang et de prévenir la reproduction de la lésion, on cautérise la plaie, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une aiguille à tricoter ou l'extrémité d'un stylet chauffés au blanc.

Cette cautérisation doit être renouvelée plusieurs fois, à un jour ou deux d'intervalle, jusqu'à la destruction des derniers vestiges de la tumeur. Cependant il faut toujours cautériser avec précaution et d'une manière superficielle, afin de ne pas occasionner de désordres dans l'urèthre, et d'éviter des cicatrices vicieuses qui pourraient causer des rétrécissements dans ce canal ou des fistules urinaires.

Un moyen plus sûr encore pour éviter l'hémorrhagie consiste à pratiquer, préalablement à l'excision, plusieurs cautérisations successives, à trois ou quatre jours d'intervalle, avec un petit crayon de potasse caustique de Filhos. Lorsque, à l'aide de ces cautérisations préalables, on a réduit le volume de la tumeur et profondément modifié sa texture, on fait d'abord quelque moucheture avec une lancette, puis on procède à l'excision. Nous avons employé ce mode opératoire avec succès dans le cas de tumeur vasculaire de la vulve signalé plus haut.

CHAPITRE IX.

CANCER DE LA VULVE.

La vulve peut être envahie quelquefois par un cancer développé primitivement dans des parties voisines, le rectum, la vessie, l'utérus et le vagin. Nous n'avons pas à parler ici de ces dégénérescences consécutives, de ces cancers vulvaires par voie de propagation. Nous ne devons nous occuper que du cancer qui prend naissance, se forme et se développe dans la vulve elle-même.

Cette affection se montre très-rarement dans cette région, et l'on en trouve peu d'exemples dans les auteurs. Nous en avons observé trois cas, chez des femmes âgées de quarante-cinq à soixante-huit ans. Il n'est pas douteux que le cancer vulvaire puisse apparaître à d'autres époques de la vie; mais nous croyons que les jeunes femmes y sont moins sujettes que celles qui sont arrivées à l'âge de la ménopause.

Le siége le plus ordinaire de cette lésion est l'une des grandes lèvres; très-rarement les deux lèvres sont atteintes d'une manière simultanée.

Les caractères et la marche du cancer de la vulve ne diffèrent pas de ceux du cancer de la bouche, de l'anus et des autres orifices extérieurs. Il appartient le plus souvent à la variété du cancroïde ou cancer épithélial.

Il débute soit par une induration circonscrite ou diffuse, soit par un bouton ferme, violacé et douloureux, soit encore par une ulcération de peu d'étendue, à base dure, à bords taillés à pic, à surface inégale et rugueuse. Cette première période peut avoir une longue durée et se prolonger pendant plusieurs mois sans inquiéter les malades, et même sans fixer leur attention.

Mais peu à peu la lésion s'étend, provoque des douleurs vives et lancinantes. L'induration et l'ulcération s'agrandissent, gagnent en profondeur, donnent lieu à un écoulement abondant, ichoreux, fétide et irritant pour les tissus voisins. Les ganglions inguinaux sont engorgés; le côté de la vulve primitivement envahi est transformé en une masse fongueuse et saignante; l'orifice vulvaire est déformé, tantôt élargi par une perte considérable de substance, tantôt rétréci ou oblitéré par des tractus cancéreux. La dégénérescence se propage de proche en proche, soit en dehors vers les cuisses, soit en haut vers la commissure antérieure de la vulve, le clitoris, le méat urinaire et le vagin, soit en arrière vers le périnée et la région anale. A cette période, les douleurs sont intolérables et les rapprochements sexuels impossibles; l'émission de l'urine s'opère avec de grandes souffrances, les efforts de défécation sont extrêmement douloureux aussi; la marche devient de plus en plus pénible, et parfois la surface ulcérée est le siége d'hémorrhagies abondantes qui, en se répétant, contribuent à l'épuisement des forces. Tous les signes de la cachexie cancéreuse se manifestent, et les malades finissent par succomber dans le marasme au bout d'un temps variable, toujours proportionné

à l'étendue de la lésion et à la rapidité de sa marche. Une de lades que nous avons observées a vécu trois ans encore à dat jour où elle s'est aperçue des premiers symptômes du mal.

L'ulcération cancéreuse pourrait être confondue au début l'ulcère syphilitique; mais les antécédents, la marche de la lé ses caractères anatomiques, la nature de la sécrétion et son c spéciale, les douleurs significatives du cancer, sont autant (ments différentiels qui serviront à distinguer les deux maladies. les cas douteux, le traitement viendrait dissiper toute incerti

Inutile d'insister sur la gravité du pronostic. Le cancer vérit quelque siége qu'il affecte, est une lésion incurable, et qu'o toujours se terminer par la mort, après une ou plusieur cidives.

Dans les premières périodes de son évolution, lorsque le c n'a pas encore acquis une étendue et une profondeur trop gra il faut recourir à son ablation.

L'opération peut se pratiquer, soit avec des caustiques énergi — pâte de Vienne, pâte de Canquoin, pâte arsenicale, acide tique anhydre, — soit avec l'instrument tranchant. En gén les caustiques sont préférables quand la lésion est encore su cielle; mais il importe de détruire non-seulement toute la p affectée, mais encore les tissus sous-jacents et circonvoisins, à-dire au delà des limites du mal. Pourtant, malgré ces pr tions, la récidive est encore la règle.

A une période plus avancée, alors qu'il serait téméraire et d reux de tenter une opération, on doit se borner à l'emploi moyens palliatifs: soins de propreté, pansements avec des topi calmants, détersifs et désinfectants; combattre les hémorrha notamment avec le perchlorure de fer; soutenir les forces, et l contre la cachexie à l'aide des toniques, d'un régime fortifiant toutes les ressources d'une bonne hygiène.

CHAPITRE X.

ESTHIOMÈNE DE LA VULVE.

Le mot *esthiomène* a été employé par Alibert pour désigner le *lupus exedens* ou *rongeant* de la face. Par analogie, M. Huguier a décrit sous le même nom une lésion de la vulve, d'origine strumeuse et de nature cachectique, et qui présente une très-grande ressemblance avec le lupus.

L'esthiomène vulvaire est assez rare pour avoir pu longtemps échapper à l'attention des observateurs, et pour ne s'offrir encore que d'une manière très-exceptionnelle à leur examen. Pour notre compte, nous avouons n'en avoir jamais rencontré un seul cas; et nous ne sachons pas que jusqu'à ce jour cette maladie ait été vue par d'autres que par M. Huguier et par M. Alph. Guérin. Encore ce dernier déclare-t-il n'en n'avoir observé qu'un seul exemple pendant les quatre ans qu'il a passés à Lourcine.

C'est donc d'après M. Huguier que nous tracerons l'histoire de l'esthiomène de la vulve.

C'est une affection de l'âge adulte; elle se manifeste chez les femmes de vingt à cinquante ans, c'est-à-dire pendant la période de l'activité menstruelle. Il n'existe pas dans la science d'exemples d'esthiomène vulvaire chez les enfants ou chez les vieilles femmes.

Le tempérament lymphatique, une constitution entachée du vice scrofuleux ou herpétique, les mauvaises conditions hygiéniques de régime et d'habitation, toutes les causes de débilité ou de délabrement de l'organisme, doivent figurer dans l'étiologie de l'esthiomène.

Cette lésion se montre le plus ordinairement sur les petites lèvres et sur la face interne des grandes lèvres; assez souvent elle s'étend vers le mont de Vénus, les plis génito-cruraux ou le périnée.

M. Huguier, conformément aux divisions adoptées par les dermatologues pour le lupus, a décrit trois espèces principales d'esthiomène vulvaire; nous adoptons cette classification éminemment pratique et très-justifiée d'ailleurs par la marche et la physionomie de l'altération pathologique.

ARTICLE PREMIER.

ESTHIOMÈNE SUPERFICIEL.

On en distingue deux variétés : l'esthiomène superficiel *érythémateux*, l'esthiomène superficiel *tuberculeux*.

1° L'esthiomène érythémateux est caractérisé par une ou plusieurs saillies, papuleuses au début, qui plus tard s'étendent et s'aplatissent sous forme de plaque plus rouge à la circonférence qu'au centre. Lorsque cette plaque disparaît, elle laisse à sa place une tache persistante, violacée ou bleuâtre, justement comparée aux stigmates d'une brûlure légère. Cette forme d'esthiomène n'occasionne aucune sensation douloureuse ni incommode; quelquefois cependant elle donne lieu à des démangeaisons plus ou moins vives à l'époque des règles, après le coït, à la suite d'une longue course, d'une promenade à cheval, d'un voyage prolongé en voiture, etc.

2° L'esthiomène tuberculeux est constitué par la présence de petites élevures superficielles, arrondies, d'une teinte violacée, à peine sensibles au toucher, tantôt isolées, tantôt réunies en groupes.

Ces tubercules, indolents au début, deviennent plus tard le siége de démangeaisons vives et fréquentes, parfois même de douleurs lancinantes très-pénibles, surtout sous l'influence d'une cause d'excitation générale ou locale. En même temps la rougeur s'étend et envahit les parties voisines du tégument; l'épithélium ou l'épiderme se détache en squames lamelleuses, le sommet du tubercule se ramollit et s'ulcère. Les ulcérations ainsi formées marchent avec une extrême lenteur, entamant quelquefois toute l'épaisseur du derme jusqu'au tissu cellulaire sous-muqueux, s'étendant en surface de manière à empiéter les unes sur les autres, à se confondre et à former des découpures irrégulières et des sillons *serpigineux*. La surface ulcérée est livide, inégale, granuleuse, mollasse, presque fongueuse et saigne avec une extrême facilité. Il s'en écoule sans cesse une sérosité sanieuse peu abondante. Les bords de l'ulcération sont indurés, et la muqueuse ou la peau qui les entoure est d'un rouge foncé, comme dans la plupart des ulcères indolents et torpides. Les parties sont boursouflées dans le voisinage et souvent œdématiées.

La guérison de l'esthiomène tuberculeux s'opère avec une extrême lenteur, quand l'art n'intervient pas pour arrêter la marche envahissante des ulcérations et hâter le travail cicatriciel.

ARTICLE II.

ESTHIOMÈNE PROFOND.

Suivant M. Huguier, cette variété de l'esthiomène vulvaire a son siége de prédilection, non point sur les grandes ou les petites lèvres, comme la forme superficielle, mais sur le vestibule, le méat urinaire, l'orifice du vagin et la fourchette.

Dès le début, les parties affectées se tuméfient, s'engorgent, deviennent rouges et douloureuses ; puis elles se couvrent d'ulcérations qui gagnent et détruisent avec une étonnante rapidité les parties sous-jacentes, d'où le nom d'esthiomène *perforant* donné à cette variété de la maladie par M. Huguier. Il résulte de cette marche envahissante des désordres graves et profonds intéressant non-seulement la vulve, mais encore le vagin et le périnée jusqu'au rectum.

Le fond de l'ulcère est grisâtre et granuleux; ses bords sont épais, boursouflés et blafards, les tissus ambiants pâles et bouffis, les ganglions inguinaux engorgés.

D'après le témoignage de M. Huguier, les malades, à cette période de la lésion, n'éprouvent que peu ou point de douleurs ; tandis que la femme observée par M. Alph. Guérin « ressentait des douleurs intolérables » que rien ne pouvait calmer.

L'extension si rapide de l'esthiomène perforant, la profondeur de ses atteintes, l'importance des organes sur lesquels il porte ses ravages, dénoncent suffisamment toute la gravité de cette maladie. Elle a peu de tendance à guérir spontanément, et elle est quelquefois rebelle aux moyens de traitement les plus énergiques. Si l'on parvient à arrêter ses progrès, elle laisse des traces ineffaçables, des cicatrices difformes, parfois des rétrécissements de la vulve, du vagin ou de l'anus. Quand elle ne cède pas à l'intervention active et opportune de l'art, les malades succombent en général à l'épuisement cachectique.

ARTICLE III.

ESTHIOMÈNE HYPERTROPHIQUE.

Cette variété ne diffère pas essentiellement des deux précédentes. Elle ne s'en distingue que par la saillie plus grande des tubercules, par l'épaississement plus marqué du derme, par une tuméfaction plus considérable des tissus sous-jacents, et par la marche plus lente de ses phénomènes pathologiques.

M. Huguier s'est efforcé d'établir le diagnostic différentiel de l'esthiomène de la vulve et des lésions syphilitiques et cancéreuses de cette région. Quelles que soient les raisons qu'il ait données à l'appui de cette distinction, il est permis de conserver encore quelques doutes sur la véritable nature de l'esthiomène. L'époque de vingt à cinquante ans, que M. Huguier indique comme étant celle où il a constamment observé cette maladie, n'est pas précisément la période de la vie où se développent habituellement les manifestations de la scrofule; c'est, en effet, avant la vingtième année que se montrent les phénomènes de cette diathèse, et le lupus, qui est une de ses formes les plus tardives, apparaît habituellement de seize à vingt ans. La période de vingt à cinquante ans nous paraît mieux correspondre aux manifestations de la syphilis et de la diathèse cancéreuse.

D'ailleurs, la description des différentes variétés de l'esthiomène vulvaire, sa marche et son évolution, nous sembleraient de nature à confirmer ces présomptions Nous avons observé notamment des cancers de la vulve qui se sont comportés d'une manière analogue à celle de l'esthiomène perforant.

Pour le traitement de l'esthiomène, M. Huguier conseille l'extirpation par l'instrument tranchant. Ce moyen ne doit être employé que dans les premières périodes, alors que la lésion n'a pas encore acquis une grande profondeur.

Pour l'esthiomène superficiel, on peut avec avantage recourir aux onctions avec la pommade au biiodure de mercure (parties égales d'axonge et du sel mercuriel), telle qu'on l'emploie contre le lupus facial.

Quant à l'esthiomène profond, il exige l'application des caustiques

puissants, tels que la pâte de Vienne, la pâte au chlorure de zinc, ou la pâte arsenicale.

A l'intérieur, toniques, amers, huile de foie de morue, préparations iodées, régime analeptique.

CHAPITRE XI.

PRURIT DE LA VULVE.

On doit distinguer cliniquement deux espèces de prurit vulvaire : 1° le *prurit symptomatique ;* 2° le *prurit essentiel* ou *idiopathique.*

ARTICLE PREMIER.

PRURIT SYMPTOMATIQUE.

Le prurit symptomatique de la vulve se lie toujours à la présence d'une lésion des organes génitaux internes ou externes.

Les lésions des organes génitaux externes qui s'accompagnent le plus souvent de ce symptôme sont : les éruptions de la vulve (érythème, eczéma, acné, herpès, prurigo), dont il a été question plus haut (pages 76-82) ; les affections parasitaires, soit de nature animale (*morbus pedicularis*), soit de nature végétale (*oïdium albicans, trichophyton*) ; la vulvite superficielle ou érythémateuse ; la vaginite et la sécrétion muco-purulente qui l'accompagne ; certaines lésions organiques du vagin et les écoulements irritants dont elles sont l'origine.

Les lésions des organes génitaux internes qui donnent lieu quelquefois au prurit symptomatique sont : toutes les variétés de métrite et la leucorrhée habituelle dont elles sont suivies ; toutes les lésions organiques de l'utérus qui donnent naissance à des sécrétions morbides abondantes et irritantes ; enfin les hypérémies et les phlegmasies péri-utérines, qui provoquent ou entretiennent dans l'ensemble de l'appareil génital un état anormal de suractivité circulatoire.

C'est à une cause analogue qu'il faut attribuer le prurit vulvaire qu'éprouvent certaines femmes à l'époque des règles, soit avant, soit pendant, soit après l'écoulement menstruel.

Parfois aussi le prurit de la vulve se rattache symptomatiquement à des maladies ou affections d'organes voisins de l'appareil génital.

Ainsi, les maladies de la vessie, notamment la névralgie du col vésical, le catarrhe, l'incontinence d'urine, peuvent devenir des causes actives de prurit de la vulve.

Nous avons déjà signalé comme une des causes les plus fréquentes la présence d'oxyures vermiculaires dans le rectum et leur migration vers la région vulvaire. La constipation habituelle et les hémorrhagies sèches ou fluentes déterminent également, par l'effet du voisinage et par voie de propagation, un état d'irritation de la vulve qui se traduit souvent par d'insupportables démangeaisons.

ARTICLE II.

PRURIT IDIOPATHIQUE.

Dans cette forme de prurit, admise aujourd'hui par tous les observateurs, l'examen le plus attentif ne peut parvenir à faire reconnaître une lésion locale ou circonvoisine à laquelle on puisse rattacher directement la démangeaison. Rien, ni à la vulve, ni dans le vagin, ni dans l'utérus ou ses annexes, ni dans la région anale, ni dans le rectum, rien qui puisse expliquer la violence et l'opiniâtreté du phénomène. C'est un trouble essentiellement nerveux, une perversion de la sensibilité, analogue à celle qu'on observe sur d'autres régions du tégument externe et dont la cause anatomique n'est pas plus facile à déterminer. A peine découvre-t-on quelquefois une rougeur érythémateuse très-superficielle, occupant toute la vulve ou disséminée par plaques. Encore peut-on se demander si cette rougeur, au lieu d'être la cause anatomique du prurit, ne serait pas plutôt l'effet du gratter auquel les malades se livrent quelquefois avec une sorte de fureur.

Le prurit vulvaire idiopathique se montre surtout chez les femmes impressionnables, nerveuses, sédentaires. Il est plus fréquent à l'époque de la ménopause, et même dans un âge plus avancé, que dans les autres périodes de la vie.

Cette névrose est caractérisée par des démangeaisons d'une vio-

lence irrésistible, se manifestant tantôt d'une manière continue avec des exacerbations irrégulières, plus ou moins fréquentes; tantôt d'une manière intermittente et à des intervalles très-variables.

Les exacerbations ou les accès surviennent quelquefois sans cause et pour ainsi dire sans aucune provocation; d'autres fois ils se manifestent sous l'influence de toutes les causes excitantes, directes ou indirectes, de quelque nature qu'elles soient: telles que les émotions vives, les impressions subites de joie ou de douleur, l'usage d'aliments excitants et de boissons stimulantes (mets épicés, salaisons, vin de Champagne, café, thé, etc.), l'abus des chaufferettes, les fatigues corporelles, les exercices exagérés, l'équitation, la danse; les écarts de l'imagination, les lectures licencieuses, les excès vénériens, etc.... Mais c'est principalement pendant la nuit, et probablement en raison du décubitus dorsal et de la chaleur du lit, que les démangeaisons atteignent leur maximum d'intensité.

Le prurit de la vulve exerce à la longue, par sa persistance et par son intensité, des effets désastreux sur la santé générale. Chez quelques femmes, il détermine une surexcitation nerveuse générale se traduisant par des spasmes, des mouvements convulsifs ou même de véritables attaques hystériformes. Chez d'autres, il produit une exaltation génésique insatiable, avec tous les désordres de la nymphomanie.

Le plus souvent les malades deviennent tristes, moroses, inquiètes; elles perdent l'appétit, le sommeil et les forces; la nutrition s'altère, l'embonpoint disparaît, et fait place à la maigreur, au marasme et à un ensemble de phénomènes qui peuvent en imposer pour une maladie organique grave.

Dans d'autres cas, la raison s'égare, les facultés mentales se pervertissent; des symptômes de manie ou de mélancolie se manifestent. On a vu des femmes chercher dans le suicide un terme à des souffrances devenues intolérables.

Par quels moyens combattre efficacement les cruelles démangeaisons du prurit vulvaire?

1° Pour le *prurit symptomatique*, chercher d'abord la lésion étiologique ou originelle, locale ou circonvoisine, prochaine ou éloignée; puis diriger contre elle une médication appropriée: *sublatâ causâ, tollitur effectus.*

2° Pour le *prurit idiopathique*, les difficultés sont plus grandes, le mal est plus rebelle.

A l'intérieur, on prescrit les antispasmodiques et les calmants sous toutes les formes : éther, chloroforme, narcotiques, pilules de Méglin, etc.

Si les démangeaisons s'accompagnent de crises nerveuses, on peut tenter de les apaiser par des inhalations anesthésiques.

L'hydrothérapie, les bains de mer, les bains sulfureux, les immersions froides, sont quelquefois employés avec succès.

Localement, on a coutume de recourir aux moyens suivants : applications promptes, courtes et souvent répétées de compresses imbibées d'eau très-chaude, aussi chaude que la malade pourra la supporter sans être brûlée (Trousseau) ; — lotions ou fomentations avec des solutions de sel marin, d'extrait de Saturne (eau blanche), d'oxyde ou de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre, de bichlorure de mercure, de teinture d'iode à faible dose ; — onctions avec des pommades composées des mêmes substances, avec la glycérine, soit pure, soit additionnée de sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé.

Tous ces médicaments ont été employés contre le prurit vulvaire ; ils ont quelquefois réussi à guérir ou à soulager ; quelquefois aussi ils ont échoué.

Dans les cas rebelles, ne pourrait-on pas recourir à deux autres moyens topiques qui n'ont pas encore été préconisés que nous sachions : l'électricité, et l'anesthésie locale pratiquée avec l'instrument de Richardson. Ce sont deux agents que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'appliquer, mais qu'on pourrait essayer peut-être avec succès dans les prurits réfractaires : nous les signalons à l'attention des praticiens.

DEUXIÈME PARTIE

DIFFORMITÉS ET MALADIES DU VAGIN

CHAPITRE PREMIER.

ABSENCE ET IMPERFORATION DU VAGIN.

L'histoire de ces deux difformités se complétant l'une par l'autre, nous avons cru devoir en tracer la description dans un même chapitre.

ARTICLE PREMIER.

ABSENCE DU VAGIN.

Les auteurs divisent cette anomalie en deux variétés : *absence complète* et *absence incomplète*. Nous ne saurions adopter une semblable division ; car le mot *absence* implique une idée absolue tout à fait inconciliable avec la qualification d'incomplète. L'esprit se refuse à admettre et à comprendre une absence incomplète. Il faut être logique et rigoureux, même dans le langage chirurgical. Nous rangeons donc parmi les imperforations les cas d'absence incomplète du vagin ; et nous n'admettrons qu'une seule forme d'absence du vagin, l'*absence complète*.

Dans l'absence dite complète, il n'existe pas trace de conduit vaginal ; quelquefois les parties externes de la génération sont elles-mêmes absentes ou réduites à des proportions rudimentaires ; plus rarement elles présentent leur configuration normale.

Dans ces sortes d'anomalies, l'utérus et les ovaires s'offrent exceptionnellement avec leurs attributs ordinaires ; en général, ils sont également frappés d'atrophie, et participent à l'arrêt de développement des organes extérieurs.

Il est inutile d'ajouter que l'accomplissement des fonctions génératrices est absolument incompatible avec l'absence complète du vagin.

ARTICLE II.

IMPERFORATIONS DU VAGIN.

Les auteurs qui admettent l'absence incomplète du vagin r gent parmi les imperforations de cet organe les lésions que n avons décrites sous le titre d'*imperforations de la vulve.*

Pour nous, ainsi que nous l'avons dit précédemment, l'abse incomplète du vagin n'est autre que l'imperforation ou l'oblit tion de ce canal.

Cette anomalie se présente sous deux formes, suivant que le c duit vaginal est oblitéré dans la portion antérieure ou vulvaire, dans la portion postérieure ou utérine de sa longueur.

1° **Imperforation de la partie antérieure du vagin.** — Dans cas, il n'existe au delà de la vulve aucune apparence de canal: n'est plus seulement la membrane hymen qui forme là un obsta toujours facile à rompre; c'est une soudure véritable et profo des parois vaginales, se prolongeant jusqu'à un point plus ou mo voisin de l'utérus, et dont nulle autre tentative qu'une opérati sanglante ne peut triompher. Il en résulte nécessairement que l'éc lement des règles ne s'effectue pas au dehors, et que les rapp chements sexuels sont impraticables.

Le sang menstruel et les autres liquides provenant de la cav utérine (si l'utérus et les ovaires existent), retenus dans la par postérieure du conduit vaginal, s'y accumulent et donnent lieu qu quefois à tous les accidents de la rétention des menstrues : tume intra-vaginale, douleurs lombo-abdominales, tuméfaction du b ventre, symptômes de métro-péritonite, etc.

Ces accidents ne sont pas à craindre avant l'époque de la p berté. Souvent même, antérieurement à cette période, le vice c conformation dont il s'agit n'est point soupçonné, et l'attention n'e éveillée que par le défaut absolu de menstruation ou par les sym ptômes de la rétention du flux ménorrhagique.

2° **Imperforation de la partie postérieure du vagin.** — Dans cett seconde variété, la portion inférieure ou vulvaire du vagin existe mais la portion supérieure ou utérine fait défaut. Le conduit vagin

se termine en cul-de-sac ou en doigt de gant, à une distance plus ou moins éloignée de la matrice. Si l'on pratique une exploration, soit par le toucher, soit à l'aide du spéculum, le doigt et l'instrument rencontrent un obstacle, et ne peuvent pénétrer jusqu'au museau de tanche.

Si l'utérus existe, on peut le constater à l'aide du toucher rectal; et alors, en pratiquant simultanément le toucher vaginal, il est possible d'apprécier l'étendue de l'imperforation, par la distance qui sépare la matrice du fond du vagin incomplet.

Les règles manquent comme dans le premier cas ; mais ici, au lieu de s'accumuler dans le cul-de-sac vaginal supérieur, qui n'existe pas, le sang menstruel s'amasse dans la cavité même de l'utérus, et donne lieu à des phénomènes que nous aurons occasion de décrire dans le chapitre consacré à la rétention des menstrues.

Les rapprochements sexuels sont possibles dans une certaine mesure, mais la fécondation ne peut s'accomplir.

L'absence du vagin et son imperforation donnent lieu à deux indications thérapeutiques : la première a pour but d'ouvrir une voie au sang menstruel et de remédier aux accidents de la rétention ; la seconde, de rendre possibles les rapports sexuels.

Dans la plupart des cas, il y a nécessité de satisfaire à la première indication, en raison même de la gravité des accidents occasionnés par l'accumulation du sang dans le cul-de-sac vaginal ou dans la cavité utérine. A l'occasion de la rétention des règles, nous dirons ce qu'il convient de faire dans cette circonstance.

Quant à la seconde indication, elle exige l'établissement d'un vagin artificiel, opération délicate, difficile, rarement suivie de succès et assez souvent funeste pour qu'on ne doive la pratiquer qu'avec une extrême réserve et dans des circonstances tout à fait exceptionnelles. C'est, d'ailleurs, une opération de complaisance, dont le moindre défaut est de ne pas toujours atteindre le but qu'on se propose. Il n'est pas rare, en effet, de voir le vice de conformation se reproduire, en dépit de toutes les précautions opératoires ; et, dans certains cas où l'opération a réussi, des femmes devenues enceintes ont succombé pendant le travail de l'accouchement, à cause de l'obstacle provenant de l'inextensibilité du vagin artificiel.

On trouvera dans les ouvrages de chirurgie les détails relatifs au procédé opératoire.

CHAPITRE II.

ÉTROITESSE DU VAGIN.

1° **Étroitesse congénitale.** — Chez certaines femmes parvenues à l'âge nubile, le vagin présente des dimensions tellement exiguës, et ses parois jouissent de si peu d'élasticité, qu'il en résulte un véritable vice de conformation quelquefois incompatible avec l'accomplissement des rapports sexuels. C'est une lésion fort rare, et qu'il nous suffit de signaler sans y insister davantage.

2° **Étroitesse accidentelle.** — On la rencontre beaucoup plus fréquemment que la précédente, et des causes aussi nombreuses que variées peuvent la produire. Toutes les lésions capables de faire perdre à la muqueuse du vagin son élasticité normale, de modifier profondément sa structure, d'épaissir son tissu et le tissu cellulaire sous-jacent, soit en totalité, soit en partie, peuvent déterminer le rétrécissement de ce conduit : tels sont la vaginite aiguë et la vaginite chronique, l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire périvaginal, et l'infiltration plastique qui lui succède quelquefois ; le gonflement œdémateux de ce même tissu, les ulcérations étendues et profondes, et les cicatrices qui en résultent ; les déchirures produites par un accouchement laborieux, le retrait cicatriciel consécutif à la grangrène des parois du vagin, les cautérisations énergiques et souvent répétées, etc.

Le rétrécissement vaginal peut être occasionné aussi par le développement d'une tumeur de la vessie, du rectum ou de la cavité pelvienne, qui vient comprimer et refouler les parois de ce canal, tantôt en avant ou en arrière, tantôt sur les côtés.

D'autres fois c'est une dégénérescence cancéreuse ou une tumeur des parois mêmes du vagin, laquelle fait une saillie dans ce conduit et en diminue le calibre.

Le rétrécissement peut être partiel ou général.

Le siége le plus ordinaire du rétrécissement partiel est, soit à l'entrée du vagin, non loin de l'orifice vulvaire, soit à la partie supérieure, dans le voisinage du col utérin. Cette variété de rétrécissement reconnaît pour agents habituels les tumeurs et les cicatrices, c'est-à-dire des lésions circonscrites.

Le rétrécissement général correspond, au contraire, à des lésions diffuses, telles que l'inflammation, l'œdème, etc. Une de ses formes mérite d'être mentionnée d'une manière toute spéciale, c'est celle qui suit les vaginites suraiguës et profondes, ou les vaginites chroniques très-opiniâtres avec compromission du tissu cellulaire sous-muqueux. Il se passe, dans les cas de ce genre, un travail pathologique analogue à celui qui se produit dans certaines uréthrites blennorrhagiques profondes, travail pathologique sur lequel a particulièrement insisté Vidal (de Cassis), et qui donne lieu à un rétrécissement général du canal de l'urèthre. La muqueuse s'épaissit et perd son élasticité dans toute son étendue ; le tissu cellulaire sous-jacent, infiltré par des dépôts plastiques, acquiert aussi une consistance et une fermeté anormales, qui ne lui permettent plus de se prêter à la dilatation. Il en résulte un rétrécissement permanent du conduit vaginal tout entier.

Le rétrécissement du vagin apporte à l'accomplissement des relations sexuelles, à la marche de l'accouchement, à l'exploration utéro-vaginale et aux opérations que réclament les lésions de l'utérus, des difficultés ou des obstacles en rapport avec l'étendue et le degré de la coarctation.

Il importe, dans le diagnostic, de rechercher le siége exact du rétrécissement, son étendue, ses causes, et la nature de la lésion qui le détermine. On doit donc s'enquérir s'il est partiel ou général, s'il est produit par une tumeur extra-vaginale ou par une lésion du vagin lui-même, par une bride cicatricielle ou par une altération organique de la muqueuse ou du tissu cellulaire.

Le pronostic et les indications thérapeutiques découlent naturellement de la connaissance de ces divers éléments du diagnostic.

Les rétrécissements partiels sont, toutes choses égales, beaucoup moins graves que les rétrécissements généraux ; et les rétrécissements produits par une cause organique sont d'une gravité incomparablement plus grande que les rétrécissements résultant d'une lésion inflammatoire ou traumatique.

Il est une classe de rétrécissements du vagin que l'on peut prévenir, et l'on ne doit rien négliger pour en empêcher la production : ce sont les rétrécissements traumatiques. S'abstenir, à moins d'absolue nécessité, de cautérisations trop énergiques, trop profondes et trop fréquentes ; surveiller la marche des plaies ou des ulcérations ; limiter la grangrène et favoriser la prompte élimination

des eschares ; s'opposer à la production de cicatrices vicieuses : tel est l'ensemble des précautions essentielles recommandées par une saine prophylaxie.

Le traitement curatif consiste dans l'emploi de divers moyens destinés à élargir graduellement le conduit vaginal jusqu'à lui donner, s'il est possible, un calibre compatible avec l'exercice régulier de ses fonctions.

La cure des rétrécissements partiels peut s'obtenir aisément quelquefois par la simple dilatation à l'aide d'instruments variés, tels que mèches, éponges préparées, bougies, sondes à demeure, etc.; mais le plus souvent, surtout s'il s'agit de rétrécissements fibreux ou de brides cicatricielles, il faut recourir à l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux, en pratiquant, soit une incision simple, soit des incisions multiples, suivant l'étendue de la coarctation. Afin de ne pas aller au delà des parois vaginales et pour ne pas s'exposer à intéresser le péritoine, le rectum ou la vessie, il importe de procéder avec une extrême prudence, de n'avancer qu'avec lenteur, de donner aux incisions peu de profondeur, de consacrer au débridement complet plusieurs séances, et de n'atteindre les dernières limites du rétrécissement que d'une manière progressive. Il faut aussi, chaque fois qu'une incision a été pratiquée, interposer un corps étranger entre les lèvres de la plaie, afin d'en prévenir l'adhérence.

Si, après le débridement, le calibre du vagin n'est pas suffisant, on peut tenter de l'agrandir encore par la dilatation graduée.

Ce dernier procédé est le seul qu'on puisse employer dans les cas d'étroitesse de la totalité du vagin. Mais on comprend tous les ménagements et toutes les précautions que cette opération réclame; la dilatation doit s'opérer avec lenteur et progressivement, afin d'éviter les contusions, les érosions, les déchirures et toutes les autres blessures de la muqueuse vaginale auxquelles pourrait donner lieu l'introduction violente ou forcée d'un instrument dilatateur.

CHAPITRE III.

CLOISONNEMENT DU VAGIN.

Le vagin est quelquefois divisé longitudinalement en deux conduits par une cloison membraneuse, occupant la ligne médiane suivant la direction des deux raphés.

Ce vice de conformation coïncide presque toujours avec un utérus double.

Le cloisonnement peut être complet ou incomplet.

Lorsqu'il est complet, il s'étend depuis la vulve jusqu'à l'utérus, de manière à former deux canaux très-distincts.

Lorsqu'il est incomplet, il présente des dispositions variables. En effet, tantôt la cloison ne commence qu'à une certaine distance de la vulve et s'étend jusqu'à l'utérus; tantôt, au contraire, elle part de l'orifice vulvaire et n'atteint pas le col utérin. Il résulte de ces dispositions que les deux canaux communiquent ensemble, soit en bas, soit en haut. Dans certains cas, ces communications sont tellement larges, que le cloisonnement est réduit à une séparation rudimentaire, à une simple bride occupant le milieu du vagin.

Dans les faits rapportés par les auteurs, on ne voit pas que le cloisonnement du vagin ait apporté par lui-même un obstacle sérieux aux fonctions génitales: rien ne s'oppose à l'écoulement menstruel; et la cloison est généralement assez mince et assez élastique pour se prêter à une dilatation suffisante qui permette les rapprochements sexuels, la fécondation et l'accouchement.

S'il en était autrement, si la cloison vaginale venait à gêner l'accomplissement de ces fonctions, on pourrait facilement, à l'exemple de MM. Huguier, Maunoir et Chassaignac, détruire l'obstacle, en incisant la membrane, soit avec des ciseaux, soit avec le bistouri, soit, et de préférence, avec l'écraseur linéaire.

CHAPITRE IV.

OUVERTURE DU VAGIN DANS UN LIEU ANORMAL.

Le vagin peut s'ouvrir anormalement : 1° à la paroi abdominale antérieure, 2° dans la vessie ou dans l'urèthre, 3° dans le rectum, et 4° quelquefois dans une espèce de cloaque où viennent s'aboucher concurremment le rectum et la vessie.

1° **Ouverture du vagin à la paroi abdominale antérieure.** — On a vu quelquefois le vagin s'ouvrir au-dessus de la symphyse pubienne, à la paroi abdominale antérieure ; mais c'est une anomalie tellement rare, que M. Le Fort, dans son excellente thèse *sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin* (1), a pu en réunir à peine quelques cas ; encore s'agit-il d'anomalies complexes, où l'ouverture sus-pubienne du vagin coïncide avec l'ectropie de la vessie, le cloisonnement du vagin et le doublement de la matrice. De pareilles lésions sont généralement incompatibles avec la vie ; aussi ne les a-t-on observées que chez des enfants nouveau-nés, morts dans les premiers jours après la naissance.

2° **Ouverture du vagin dans la vessie et dans l'urèthre.** — Dans les divers exemples de cette anomalie cités par les auteurs, la cloison uréthro-vaginale n'existe pas, l'urèthre et le vagin se confondent en un canal unique aboutissant à la vessie ; l'utérus est absent ou atrophié ; les urines sont rendues par l'orifice vaginal ; il n'y a point d'écoulement menstruel ; les rapports sexuels sont possibles, mais illusoires et nécessairement frappés de stérilité.

Aucun chirurgien, que nous sachions, n'a encore tenté de remédier à ce vice de conformation.

3° **Ouverture du vagin dans le rectum.** — Cette anomalie peut se présenter sous deux formes : 1° Tantôt la vulve et les organes extérieurs de la génération existent avec leur configuration normale ; mais le vagin, au lieu de se terminer en haut par un cul-de-sac, s'ouvre au-dessous du col utérin, dans le rectum, par une fente longitudinale plus ou moins étendue : c'est un arrêt de développement

(1) Paris, 1863, 1 vol. in-8 de 210 pages et 4 figures.

de la cloison recto-vaginale, qui ne s'est pas réunie en son milieu. — 2° Tantôt la vulve et toutes les parties qui l'entourent manquent entièrement, le vagin ne présente qu'une faible longueur, et son ouverture, au lieu de se faire au-dessous de la symphyse pubienne, se fait uniquement dans le rectum.

Dans le premier cas, il n'est pas rare de voir les matières fécales sortir par la vulve, absolument comme à la suite de la fistule recto-vaginale. Il n'en résulte, d'ailleurs, aucun obstacle à l'accomplissement des fonctions génitales.

Dans le second cas, le sang menstruel et les autres liquides provenant de la cavité utérine s'écoulent par le rectum. La fécondation et l'accouchement ne sont possibles que par cette voie ; les auteurs citent des exemples curieux où ces deux fonctions se sont effectuées ainsi sans péril et sans accident.

Les difformités de ce genre sont tellement rares dans la pratique, que les chirurgiens ne semblent même pas avoir songé à indiquer un procédé opératoire pour y remédier.

La première forme est évidemment au-dessus des ressources de l'art. On ne peut guère tenter de pratiquer une vulve artificielle; ce serait une témérité chirurgicale que personne n'oserait entreprendre.

Quant à la seconde forme, très-comparable, comme nous l'avons dit, à une fistule recto-vaginale, on pourrait sans doute en pratiquer la cure radicale à l'aide de procédés autoplastiques analogues à ceux qu'on emploie pour la staphyloraphie, et surtout pour la guérison de la fistule vésico-vaginale.

4° Ouverture du vagin simultanément dans la vessie et le rectum. — Ce vice de conformation représente une lésion si grave et des désordres si étendus, il correspond à un arrêt de développement si complet, qu'il ne paraît guère compatible avec le maintien de la vie. Aussi ne l'a-t-on observé jusqu'à présent que sur des fœtus monstrueux, sur des enfants mort-nés ou non viables.

Nous croyons que c'est à tort que M. Le Fort a rangé dans les cas de cette espèce l'observation d'une femme adulte, rapportée par M. Velpeau. En effet, il s'agit, dans ce fait, seulement de l'absence complète de la cloison vésico-vaginale, c'est-à-dire d'une communication du vagin avec la vessie, mais non point d'une absence concomitante de la cloison recto-vaginale, c'est-à-dire de la présence

d'un véritable cloaque, rendez-vous commun de la vessie, du vagin et du rectum.

Nous avons vainement cherché dans les annales de la science un exemple de cette lésion congénitale chez l'adulte.

CHAPITRE V.

DE LA VAGINITE.

Définition. — On décrit généralement sous le nom de *vaginite* l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le vagin.

Quelques auteurs comprennent à la fois dans cette description la phlegmasie de la vulve et celle du vagin.

Pour plus de clarté, et comme l'inflammation de la vulve peut exister seule, isolée de l'inflammation de la muqueuse vaginale, nous avons préféré, à l'exemple d'autres écrivains, décrire à part ces deux phlegmasies.

Nous avons tracé plus haut l'histoire de la vulvite (page 83); il nous reste à faire celle de la vaginite.

Variétés.— La vaginite peut être *partielle* ou *générale*, occuper soit l'entrée du vagin ou sa partie supérieure, soit la totalité de ce conduit. Cette division a peu d'importance clinique.

Mais il en est d'autres fondamentales, qui consistent à distinguer la vaginite : 1° relativement à sa nature, en *simple* et en *virulente* ou *blennorrhagique*; — 2° relativement à sa marche, en *aiguë* et en *chronique*; — 3° relativement à son siége anatomique, en *érythémateuse* ou *superficielle*, en *phlegmoneuse* ou *profonde*, en *glanduleuse* ou *granuleuse*.

Nous indiquons ces variétés en raison de leur valeur traditionnelle et de leur portée classique ; mais nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de s'y astreindre dans une description didactique. Nous aimons mieux présenter dans un tableau synthétique l'histoire générale de la vaginite, en ayant soin de signaler, chemin faisant, chacune de ses espèces.

Étiologie. — La *vaginite simple* ou *non virulente* peut naître spontanément sous l'influence de certaines dispositions natives, et, en particulier, du vice scrofuleux, qui constitue, comme on le sait, la prédisposition la plus active aux phlegmasies des muqueuses.

Les causes efficientes les plus communes sont : la propagation d'un travail phlegmasique primitivement développé sur la vulve ou dans l'utérus ; l'irritation continuelle de la muqueuse vaginale par les mucosités ou le muco-pus provenant de l'utérus dans le cours d'une métrite ; les injections trop chaudes ou pratiquées avec des substances irritantes ou caustiques ; les abus de coït ; la disproportion des organes sexuels ; l'introduction trop souvent répétée ou le séjour d'un corps étranger solide (sondes, canules, spéculum, pessaires, éponges ou sachets) ; les tentatives de viol ; les manœuvres obstétricales ; les opérations qui se pratiquent sur le vagin ; l'abus des chaufferettes, des bains de pieds ; l'exercice exagéré de l'équitation, le séjour trop prolongé au lit, un état trop sédentaire, la constipation habituelle, etc.

La *vaginite virulente*, *blennorrhagique* ou *vénérienne*, ne reconnaît qu'une cause unique, la contagion directe, s'opérant habituellement, dans un coït impur, par le dépôt du muco-pus virulent de la blennorrhagie uréthrale de l'homme sur un point de la vulve ou du vagin.

Symptomatologie. — La vaginite simple et la vaginite virulente diffèrent essentiellement par leur nature, leur étiologie et leur mode de propagation. Quoi qu'il en soit, on n'a découvert jusqu'à présent, dans leur appareil sémiologique aucune différence qui puisse justifier pour chacune d'elles une description spéciale.

Nous ne décrirons donc séparément que la vaginite *aiguë* et la vaginite *chronique*.

ARTICLE PREMIER.

DE LA VAGINITE AIGUE.

La muqueuse vaginale enflammée est d'un rouge vif plus ou moins intense, quelquefois même violacée, au lieu de la teinte légèrement rosée ou rose pâle qu'elle présente habituellement. Cette rougeur est tantôt uniformément répandue, tantôt disséminée, soit par petites taches arrondies formant un pointillé assez régulier, soit par plaques

plus ou moins larges affectant des formes variées et une distribution irrégulière (*Vaginite érythémateuse*).

Quelquefois on observe çà et là des élevures papillaires qui donnent à la muqueuse vaginale un aspect chagriné et une surface un peu rugueuse. Cette disposition, assez fréquente chez les femmes enceintes, a été bien décrite par MM. Ricord, Blatin et Deville, sous les noms de *vaginite papuleuse, glanduleuse* ou *granuleuse*.

D'autres fois l'inflammation détermine sur la muqueuse vaginale des pertes de substance, variables en profondeur et en étendue, des érosions ou des ulcérations analogues à celles qu'on rencontre dans la métrite externe, sur le museau de tanche. Quelques auteurs voient là une autre variété de vaginite qu'ils nomment *ulcéreuse*. Nous croyons que le plus souvent ces ulcérations sont de mauvaise nature et appartiennent probablement à la syphilis.

Dans la vaginite suraiguë, la muqueuse est tuméfiée, boursouflée, et le tissu cellulaire sous-muqueux, participant quelquefois à la phlegmasie, présente un certain degré d'empâtement et d'infiltration (*Vaginite phlegmoneuse*).

La région malade est le siége d'une modification de la sensibilité, se traduisant tantôt par des picotements ou des démangeaisons vives, tantôt par un sentiment de cuisson, d'ardeur, et même de brûlure, très-prononcé surtout à la vulve ou dans la profondeur du vagin. En même temps il existe une douleur incommode, tensive ou pulsative, qui augmente sous l'influence de la chaleur, de la marche et du mouvement, qui rend le toucher vaginal impossible et le rapprochement sexuel impraticable.

Il s'écoule par la vulve un liquide abondant, offrant tous les caractères du muco-pus, d'une couleur habituellement jaune verdâtre, d'une odeur fade, souvent fétide et repoussante. Ce liquide est quelquefois teint de sang. Il présente une réaction franchement acide. A l'examen microscopique, on y découvre des cellules épithéliales, des corpuscules sanguins et des globules purulents ou pyoïdes: il n'est pas rare d'y trouver aussi un infusoire que M. Donné a désigné sous le nom de *Trichomonas vaginalis*.

Le liquide fourni par la vaginite détermine autour de la vulve et à la partie supérieure des cuisses une rougeur érythémateuse, un véritable intertrigo, et quelquefois même des érosions de la peau, qui rendent la marche très-pénible.

La vaginite aiguë, et surtout la vaginite blennorrhagique, se pro-

page quelquefois aux glandes vulvo-vaginales et assez souvent à l'urèthre. Dans ce dernier cas les malades éprouvent des envies fréquentes d'uriner, du ténesme vésical, des douleurs cuisantes pendant la miction, de l'ischurie et même de la strangurie. La défécation est douloureuse aussi, et la nécessité d'y satisfaire excite chez les malades une appréhension extrême.

Lorsque la vaginite aiguë est peu étendue ou lorsqu'elle offre peu d'intensité, elle ne s'accompagne d'aucun phénomène de réaction générale ; mais quand elle occupe toute la cavité vaginale, ou quand elle présente un certain degré d'acuité, et surtout quand elle se complique de métrite, elle provoque la plupart des accidents fébriles caractéristiques des phlegmasies aiguës.

La majeure partie des symptômes locaux de la vaginite peuvent être vérifiés par l'exploration directe.

La tuméfaction de la vulve, la rougeur de la muqueuse vulvo-vaginale, l'érythème des cuisses et l'écoulement leucorrhéique, sont des phénomènes faciles à constater par la vue.

Le toucher, qu'on doit pratiquer avec une prudence extrême et des ménagements excessifs, permet de juger de la chaleur brûlante, du boursouflement, de l'hyperesthésie, et parfois de l'état granuleux de la muqueuse vaginale. Lorsque les douleurs sont trop vives, il faut expressément s'abstenir de ce mode d'examen.

A plus forte raison doit-on renoncer à l'introduction du spéculum, jusqu'à ce que, les symptômes suraigus s'étant amendés, la muqueuse vaginale puisse supporter le contact d'un corps étranger.

Lorsque cet examen est devenu possible, on constate l'étendue de la rougeur inflammatoire et son intensité, l'état de la surface vaginale, la présence de granulations ou d'ulcérations, leur siége, leur quantité, leur étendue, leur profondeur, etc.

ARTICLE II.

DE LA VAGINITE CHRONIQUE.

La vaginite chronique peut débuter d'emblée ou succéder à la vaginite aiguë.

Elle ne diffère de celle-ci que par sa durée, par l'atténuation des symptômes et par l'absence de tout phénomène de réaction.

Ainsi, la rougeur de la muqueuse est beaucoup moins intense ; la

tuméfaction est ordinairement nulle. La douleur est nulle aussi le plus souvent, ou bornée simplement à quelques picotements, à des démangeaisons, qui généralement ne sont insupportables que par leur opiniâtreté.

Les caractères de l'écoulement sont variables. Il est tantôt jaune verdâtre, comme dans la vaginite aiguë; tantôt il est blanc et laiteux, analogue à de la crème.

Rarement les malades éprouvent des troubles du côté de la vessie et du rectum; ou bien, lorsque ces phénomènes existent, ils sont très-modérés.

En général, on peut aisément pratiquer le toucher et l'examen au spéculum dans la vaginite chronique. Cependant il est des malades douées d'une hyperesthésie vaginale native qui rend impossible l'exploration directe sans le secours du chloroforme.

On doit y avoir recours toutes les fois qu'elle est praticable, pour vérifier l'état de la muqueuse vaginale et reconnaître la véritable source de l'écoulement leucorrhéique.

Marche, durée, terminaisons. — La vaginite aiguë, quelles qu'en soient les variétés, affecte ordinairement une marche régulière; les symptômes qui la caractérisent atteignent assez promptement leur *maximum* d'intensité; puis ils vont en diminuant progressivement, et le plus souvent la phlegmasie passe à l'état chronique. C'est sa terminaison la plus commune; très-rarement elle se termine spontanément par résolution.

La vaginite chronique est une affection rebelle, qui se perpétue pendant des années entières, et dont il ne faut guère attendre la guérison spontanée.

Dans son cours, elle est sujette à des exacerbations, provoquées par la fluxion menstruelle ou par l'intervention de quelqu'une des causes mécaniques que nous avons énumérées à l'occasion de l'étiologie, et plus spécialement par les excès de coït ou par l'abus des injections chaudes ou irritantes.

Complications. — La vaginite, soit aiguë, soit chronique, se complique fréquemment d'une phlegmasie de la muqueuse utérine, et surtout de celle qui recouvre le museau de tanche; d'une inflammation de l'urèthre et de la vessie; de phlegmon et d'abcès sous-muqueux, de fistule vésico-vaginale, etc.

Dans ce dernier cas, la vaginite est entretenue et sans cesse aggravée par l'irritation que détermine le passage des urines sur une muqueuse qui n'est pas accoutumée à leur contact.

Les chancres, les plaques muqueuses, les ulcérations syphilitiques de la vulve ou du vagin, les bubons vénériens, accompagnent quelquefois la vaginite blennorrhagique.

Diagnostic.— Il n'est guère plus difficile de reconnaître une vaginite qu'une stomatite; car on a, pour ainsi dire, sous les yeux et sous la main les signes de la maladie.

Mais on doit s'appliquer à constater le degré, le siége précis, l'étendue, les causes, la nature de la phlegmasie et ses complications, s'il en existe.

Il importe surtout de déterminer si la vaginite est simple ou virulente.

La vaginite virulente se reconnaît à son origine contagieuse et quelquefois aux accidents syphilitiques dont elle peut s'accompagner.

Pronostic. — La vaginite simple ne met jamais immédiatement en danger les jours des malades; considérée en elle-même et par rapport à la santé générale, c'est donc une affection de peu de gravité. Mais elle peut acquérir des conséquences fâcheuses par sa durée, par son opiniâtreté, par la propagation du travail inflammatoire à l'utérus, à la vessie, aux ovaires et même au péritoine.

La vaginite aiguë occasionne plus d'incommodités et de douleurs que la vaginite chronique; mais elle est moins rebelle aux moyens de traitement. Parmi les formes de la vaginite simple, la vaginite granuleuse et la vaginite ulcéreuse sont les plus difficiles à guérir, en raison de la profondeur et de l'intensité de la lésion inflammatoire.

La vaginite blennorrhagique emprunte à sa virulence, à sa tendance à la propagation, ainsi qu'à la propriété contagieuse de son produit de sécrétion, un degré de gravité que n'offre point la vaginite simple.

Ici se présente le problème relatif à la *nature* de la vaginite blennorrhagique. Cette affection constitue-t-elle une inflammation purement locale? ou bien ne participe-t-elle pas des propriétés virulentes de la syphilis, et n'est-elle pas susceptible d'infecter secondairement l'économie? Les auteurs sont divisés sur la solution qu'il convient de donner à ces questions. Suivant M. Lagneau, dont Dupuytren et

Lisfranc avaient adopté la doctrine, la vaginite chez la femme, comme la blennorrhagie chez l'homme, serait un accident de nature syphilitique et exposerait à tous les dangers d'une infection générale. M. Ricord a soutenu des principes opposés. S'appuyant sur l'observation clinique et sur les résultats de l'expérimentation, il a établi que la vaginite blennorrhagique constitue une phlegmasie différente de la vaginite simple par ses propriétés contagieuses, mais différente aussi des affections syphilitiques en ce qu'elle n'infecte jamais l'économie et qu'elle n'est pas suivie des manifestations secondaires et tertiaires de la vérole. A ce compte, ce serait donc une inflammation spéciale, mais non spécifique; une inflammation vénérienne, mais non syphilitique. Dans les cas où la blennorrhagie a été suivie d'accidents consécutifs chez la femme, ou bien dans ceux où elle a déterminé chez l'homme des phénomènes syphilitiques, c'est qu'elle était compliquée de chancre ou de plaques muqueuses; et alors l'infection était due à ces deux dernières lésions, et non point à la phlegmasie vaginale. Nous nous rangeons complétement sous ce rapport à l'opinion de M. Ricord. Nos propres observations sont en complète harmonie avec la doctrine de cet éminent syphilographe.

La contagion de la vaginite blennorrhagique n'est révoquée en doute par aucune école. Mais la vaginite simple peut-elle, comme l'ont soutenu quelques auteurs, devenir elle-même contagieuse?

Des faits très-nombreux nous ont démontré jusqu'à l'évidence que l'inflammation simple de la muqueuse vaginale n'est pas habituellement contagieuse. Mais ne peut-elle pas le devenir quelquefois, soit sous l'influence de certaines modifications subies par le produit de sécrétion, soit sous l'influence des conditions organiques dans lesquelles se trouve l'homme au moment du coït? Ainsi, on a observé des exemples de contagion pendant la période menstruelle, à la suite des abus de coït, des excès de table, de l'ingestion immodérée du café, de la bière et de toute espèce de liqueurs excitantes et alcooliques.

La blennorrhagie contractée de cette façon peut-elle devenir contagieuse à son tour?

Cette question est tellement délicate, et dans la majorité des cas tellement enveloppée de mystère, qu'il n'est guère possible de la résoudre d'une manière satisfaisante. Aussi ne saurait-on apporter trop de réserve et trop de circonspection dans l'appréciation des faits qui s'y rattachent.

Traitement local. — La vaginite aiguë, au début, lorsque les phénomènes inflammatoires sont très-prononcés, lorsque la tuméfaction et la sensibilité des parties sont portées très-loin, réclame le repos absolu, un régime sévère, l'usage des boissons délayantes, des bains entiers ou des bains de siége tièdes, émollients, à l'eau de son ou de guimauve, additionnée d'une décoction de têtes de pavot. On peut aussi, quand la vulve est fortement enflammée, prescrire l'application de cataplasmes adoucissants sur le bas-ventre et entre les cuisses. A ces moyens, on doit ajouter encore les lavements émollients, qui exercent une action sédative sur les tissus malades, et les lavements légèrement laxatifs, afin de prévenir la constipation.

Dans certains cas, où l'inflammation est très-intense et s'accompagne de réaction fébrile, il est utile d'appliquer des sangsues autour de la vulve ou sur l'hypogastre.

Lorsque l'inflammation est diminuée, que la tuméfaction est moindre et la douleur moins vive, on ajoute aux remèdes précédents les injections vaginales émollientes et narcotiques. Mais plus tard, quand l'état des parties permet l'introduction d'un spéculum dans le vagin, on doit renoncer aux émollients, qui ne sont que des moyens purement palliatifs, et recourir à la médication substitutive, la seule dont on puisse attendre des résultats satisfaisants.

Parmi les substitutifs, les uns sont simplement astringents, comme l'alun, le sulfate de zinc, le sulfate et le perchlorure de fer, le sous-acétate de plomb, le tannin, les décoctions de tan, de feuilles de noyer, etc.; les autres sont caustiques, comme la teinture d'iode, et le nitrate d'argent.

Ces substances peuvent être employées sous diverses formes et suivant différents procédés, qui sont : l'insufflation, les injections, le tamponnement et le badigeonnage.

On peut insuffler dans le vagin les poudres d'alun, de sulfate de zinc, de tannin, de sous-nitrate de bismuth, ou les y porter directement à l'aide d'une boule de coton qu'on ne retire que le lendemain.

Les injections se pratiquent avec une solution plus ou moins concentrée des substances précédemment indiquées.

Le tamponnement consiste à placer dans le vagin et à y laisser séjourner des tampons de charpie imbibés de ces solutions et renouvelés toutes les vingt-quatre heures.

Le badigeonnage s'opère en touchant avec l'agent substitutif, soit en nature, soit en suspension ou en solution dans l'eau, toute la surface du conduit vaginal, préalablement essuyée et débarrassée de toute impureté. Un spéculum est introduit dans le vagin, puis retiré avec lenteur; on touche ainsi successivement toutes les parties de la muqueuse enflammée qui se présentent dans le champ de l'instrument, d'arrière en avant, depuis le cul-de-sac vaginal jusqu'à la vulve.

Les astringents proprement dits : alun, sulfate de zinc, sous-acétate de plomb, tannin, sous-nitrate de bismuth, s'emploient souvent en lotions, en injections et en tamponnement.

Le tannin, la teinture d'iode et le nitrate d'argent s'emploient en tamponnement et en badigeonnage.

L'alun, le sulfate de zinc, le sous-acétate de plomb, le tannin, le sous-nitrate de bismuth, sont employés à la dose de 1 à 10 grammes pour un litre d'eau; la teinture d'iode, tantôt pure, tantôt étendue d'eau en proportions variables; le nitrate d'argent à différentes doses, depuis 1 partie pour 15 d'eau distillée, jusqu'à 1 partie pour 3 et même jusqu'à 4, ou à parties égales.

Indications de ces divers modes de traitement. — L'emploi des astringents en injections constitue une médication très-insuffisante et généralement illusoire. Ces mêmes substances, portées dans le vagin par le procédé du tamponnement, peuvent guérir dans certains cas où la vaginite est bénigne; mais, même alors, le traitement est d'une longue durée, et souvent il amende la lésion plutôt qu'il ne la fait disparaître.

Quelques praticiens assurent avoir retiré de bons effets de la teinture d'iode, appliquée suivant le procédé du tamponnement ou celui du badigeonnage. Les expériences de Becquerel et les résultats numériques qu'il consigne dans le tome I^er^ de son ouvrage paraissent assez favorables à la médication iodée. Nous-même, depuis la publication de la première édition de cet ouvrage, nous avons employé cette médication avec avantage, et nous avons reconnu qu'elle réussit spécialement dans certaines vaginites anciennes et rebelles au nitrate d'argent.

Becquerel préconise aussi beaucoup l'emploi du tannin en solution concentrée, et lui attribue les meilleurs effets dans le traitement de la vaginite.

Dans ces derniers temps, on a singulièrement vanté l'usage des injections concentrées de sous-nitrate de bismuth dans la blennorrhagie chez l'homme et chez la femme; mais nous pensons que ce moyen convient surtout aux vaginites chroniques et de peu d'intensité.

La médication qui nous a fourni les meilleurs résultats, dans la majorité des cas, c'est la cautérisation de la muqueuse vaginale avec le nitrate d'argent.

Nous préférons le badigeonnage au tamponnement, et l'emploi de la solution concentrée à celui du crayon d'azotate d'argent.

Nous avons grand soin et nous recommandons expressément de n'épargner aucun point de la muqueuse enflammée; c'est là une condition indispensable au succès de la méthode. Si elle échoue quelquefois, si elle ne procure pas des guérisons assez promptes, ou si elle est suivie de récidives, c'est que certains plis du vagin, et surtout le cul-de-sac utéro-vaginal, ont échappé à la cautérisation. Pour parvenir plus sûrement à cautériser le cul-de-sac vaginal et à détruire l'inflammation en ce point, nous faisons l'opération en deux temps. Dans le premier temps, nous pratiquons la cautérisation *péricervicale*, en promenant autour du col de la matrice jusqu'au fond du cul-de-sac un très-petit pinceau de charpie chargé de nitrate d'argent liquide : de cette manière, tout le fond du vagin se trouve cautérisé; car, si quelque point du cul-de-sac échappe au contact du pinceau, il est ultérieurement cautérisé lorsque, au moment du retrait du spéculum, il se remet en contact avec le pourtour des lèvres du museau de tanche, encore imprégnées de la solution caustique. Dans le second temps, nous cautérisons le reste du vagin avec un gros pinceau de charpie, au fur et à mesure que le spéculum est retiré, selon la méthode ordinaire.

Le premier effet de la cautérisation est de déterminer une véritable recrudescence dans les phénomènes inflammatoires. Les parties deviennent plus rouges, plus tuméfiées et plus douloureuses; la sécrétion pathologique augmente. Au bout d'un temps qui varie entre une heure et six heures, cette exacerbation se dissipe graduellement; et, les jours suivants, on constate une amélioration caractérisée par la diminution de l'écoulement et par les modifications favorables qu'il a subies.

Lorsque les choses se passent ainsi, il est à propos de revenir à la cautérisation tous les cinq ou six jours, et avec le même

caustique, jusqu'à ce qu'on observe une amélioration très-sensible, un amendement durable des phénomènes inflammatoires, et une marche franchement rétrograde du travail phlegmasique. Alors on doit se servir de solutions caustiques de plus en plus faibles, et éloigner les cautérisations de manière à ne pratiquer les dernières qu'à dix ou douze jours de distance. Dans l'intervalle des cautérisations, et afin de modérer les douleurs et les autres symptômes de recrudescence, il est utile de prescrire des cataplasmes sur l'hypogastre et, sur la vulve, des lotions et des injections fraîches et émollientes, des bains de siége ou des bains entiers, etc. Les lotions, les injections et les bains ont, en outre, l'avantage de débarrasser les parties malades des produits de l'écoulement, et de les entretenir dans un état de propreté qui n'est pas indifférent au succès du traitement et à la rapidité de la guérison. A une certaine période, et comme complément, lorsque les cautérisations sont bien supportées et n'occasionnent plus de douleurs, nous faisons pratiquer des injections vaginales astringentes (alun, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, sulfate de fer), ou balsamiques (goudron, copahu, phénol, acide phénique, etc.)

Quelquefois l'exacerbation qui accompagne l'emploi des moyens substitutifs, astringents et caustiques, au lieu d'être passagère et de se dissiper spontanément au bout de quelques heures, persiste et même augmente au point de constituer un état aigu aussi grave que le premier. Il peut arriver même, dans les cas de ce genre, que l'inflammation se propage promptement à la vessie, à l'utérus, aux ovaires, aux tissus péri-utérins et jusqu'au péritoine.

De semblables accidents peuvent provenir de trois causes différentes : ou de ce qu'on a eu recours prématurément aux moyens substitutifs, ou de ce qu'on a employé un caustique trop énergique, ou, ce qui se voit le plus souvent, de ce qu'on a méconnu certaines phlegmasies préexistantes de l'utérus ou de ses annexes.

Il faut donc, pour éviter ces fâcheuses recrudescences, procéder avec une prudence extrême, et attendre que tous les phénomènes aigus aient fait place aux symptômes de l'état subaigu, avant d'employer les injections astringentes ou les cautérisations.

Il faut aussi se préoccuper de l'état de la matrice, des ovaires et des tissus péri-utérins. Car, s'il existe un degré quelconque de phlegmasie dans un de ces organes, il importe expressément de le combattre par les médications appropriées, avant d'attaquer directement la vaginite.

Tels sont les moyens les plus généralement employés dans le traitement de la vaginite aiguë et subaiguë; tels sont aussi les principes qui doivent guider dans l'emploi de ces moyens.

Sauf la médication antiphlogistique, qui convient à la première période de la vaginite aiguë, la même thérapeutique est applicable à la *vaginite chronique*.

Dans cette dernière forme, on a moins à redouter les exacerbations, les recrudescences inflammatoires; aussi peut-on employer plus hardiment les astringents et les caustiques. Pourtant il faut encore ici se défier des complications de métrite, d'ovarite ou de phlegmasie péri-utérine, et instituer le traitement de ces phlegmasies avant d'aborder celui de la vaginite, dans le but de prévenir des accidents graves du côté de la matrice et de ses annexes. Il y a, d'ailleurs, une autre raison pour combattre d'abord l'inflammation de l'utérus, de l'ovaire ou des tissus péri-utérins, c'est que ces phlegmasies exercent l'influence la plus funeste sur celle de la muqueuse vaginale, et qu'un grand nombre de vaginites ne guérissent pas parce qu'elles sont entretenues par une complication inflammatoire dans un organe voisin et dans l'utérus en particulier, ainsi que nous l'avons observé assez fréquemment.

La vaginite chronique fait souvent par son opiniâtreté le désespoir des médecins; ainsi s'expliquent la variété des traitements qu'on lui a opposés et la multiplicité des remèdes tour à tour préconisés et rejetés.

C'est surtout dans ces vaginites réfractaires que l'on a employé les injections balsamiques de goudron et de copahu, les injections sulfureuses, les injections avec la décoction de suie, de teinture d'iode, le sous-nitrate de bismuth, le tamponnement du vagin avec la poudre d'amidon seule ou mélangée d'alun pulvérisé.

C'est dans les mêmes cas que M. Velpeau a recommandé les injections fréquemment répétées de décoction de roses de Provins dans du gros vin; et qu'on a employé avec succès les irrigations froides à l'aide d'un irrigateur à double courant, prolongées pendant une demi-heure ou une heure.

Enfin, dans un cas de vaginite invétérée, qui avait résisté à un traitement continu de dix-huit mois par des injections astringentes variées et par la cautérisation au nitrate d'argent, je suis parvenu à obtenir une guérison prompte et radicale au moyen d'une seule cautérisation

de toute la surface vaginale avec le nitrate acide de mercure du Codex. J'ai dû ce succès à la méprise d'un de mes aides, qui m'a donné par mégarde le nitrate acide de mercure au lieu du nitrate d'argent. Ayant reconnu tout de suite l'erreur, je me hâtai de laver le vagin à grande eau, afin d'entraîner l'excédant du caustique. Cette cautérisation a provoqué rapidement des douleurs atroces, tous les accidents de l'intoxication mercurielle, une augmentation considérable de l'écoulement vaginal; mais peu à peu ces phénomènes se sont dissipés: au bout d'un mois environ, la malade était entièrement guérie, sans lésion consécutive du vagin.

Malgré cet heureux résultat, nous ne conseillons pas de recourir habituellement à une médication aussi énergique. On peut l'employer uniquement dans quelques cas exceptionnels, quand on a épuisé vainement, pendant longtemps, les ressources ordinaires de la thérapeutique. Alors il est nécessaire de procéder par cautérisations lentes, partielles et successives, alternant avec des lotions froides destinées à entraîner l'excédant du caustique. De cette manière on parvient à éviter les effets de l'intoxication mercurielle.

Traitement général. — Est-il nécessaire de soumettre à un traitement général les malades affectées de vaginite? Nous avons répondu implicitement à cette question en discutant la nature de la phlegmasie vaginale. Ceux qui, avec M. Lagneau et son école, regardent la vaginite comme une affection syphilitique, ne se bornent point à combattre cette phlegmasie par des moyens locaux; ils instituent simultanément une médication spécifique, consistant dans l'emploi des mercuriaux. M. Ricord a rendu un immense service en démontrant l'inutilité de ce traitement dans une maladie purement locale et de nature inflammatoire. Ici encore nous partageons les doctrines de l'éminent syphilographe, et nous avons l'habitude de ne recourir à des moyens généraux que lorsque leur emploi est justifié par quelque complication.

Les complications qui réclament une médication générale dans le cours de la vaginite sont: l'existence d'un chancre ou de plaques muqueuses (traitement mercuriel), d'une cystite, d'une métrite interne ou d'une phlegmasie péri-utérine (antiphlogistiques, révulsifs, résolutifs, etc.), d'un état chloro-anémique (toniques, ferrugineux,

préparations de quinquina), d'un état nerveux général, d'une disposition hystérique (calmants et antispasmodiques).

Dans les cas où la vaginite est manifestement liée à une prédominance du tempérament lymphatique ou à une constitution franchement scrofuleuse, on administre à l'intérieur les médicaments réputés altérants et antiscrofuleux : les composés d'iode, l'huile de foie de morue, le sirop antiscorbutique, les tisanes amères, etc.

Traitement hygiénique. — Nous avons déjà dit que dans la vaginite aiguë les malades doivent être assujetties à un régime sévère et au repos le plus complet.

Dans la vaginite chronique, le repos et la sévérité du régime ne sont pas de rigueur; mais ce sont des adjuvants utiles au traitement local; et celui-ci réussit d'autant mieux et d'autant plus vite, que les malades observent des prescriptions hygiéniques plus sévères.

Dans la vaginite aiguë, les malades ont une telle répugnance pour les rapports sexuels, qu'il est à peu près superflu de leur en interdire l'usage; mais il ne faut pas négliger de prescrire la continence absolue aux femmes atteintes de vaginite chronique. Souvent c'est pour avoir enfreint trop facilement ce précepte, que le plus grand nombre des malades voient se perpétuer indéfiniment la phlegmasie vaginale, et épuisent en vain, pendant des mois et même des années, toutes les resspurces de la thérapeutique.

Dans ce chapitre, nous n'avons pu présenter qu'une description nécessairement incomplète de la vaginite glanduleuse et de la vaginite phlegmoneuse.

L'histoire de ces deux variétés trouvera naturellement son complément dans le chapitre suivant consacré aux abcès du vagin.

Nous nous sommes bornés également à signaler les complications (ovarite, phlegmasies péri-utérines, etc.). La plus fréquente de ces complications est, sans contredit, l'ovarite. Elle se montre souvent sous la forme aiguë pendant le cours de la blennorrhagie vaginale, de même que l'orchite, chez l'homme, pendant le cours de la blennorrhagie uréthrale. Nous reviendrons sur cette complication de la vaginite à l'occasion de l'inflammation des ovaires.

CHAPITRE VI.

ABCÈS DU VAGIN.

Les auteurs, même les plus récents, n'ont point consacré de chapitre spécial à l'histoire de ces abcès. Il nous a semblé utile de combler cette lacune en traçant une description sommaire de cette lésion, dont nous avons observé trois exemples.

Les abcès du vagin se développent, soit dans le tissu cellulaire sous-muqueux, soit dans les follicules mucipares de la membrane vaginale. Il ne faut pas confondre ces collections purulentes, limitées au vagin et s'y formant d'emblée, avec les fusées de pus provenant d'un phlegmon iliaque ou pelvien, et dont il sera question à propos des abcès péri-utérins.

Les abcès vaginaux peuvent occuper différents points du conduit; mais le plus souvent ils se montrent sur la paroi antérieure ou sur la paroi postérieure, et plus près de la vulve que de l'utérus.

Ces abcès sont *spontanés* ou *traumatiques*.

Les abcès *spontanés* surviennent dans le cours d'une vaginite intense, ou par suite de l'inflammation suppurative d'une tumeur enkystée, séreuse ou séro-sanguine du vagin.

Deux des cas soumis à notre observation appartiennent à la première catégorie. La collection purulente siégeait dans la paroi postérieure du vagin, et s'était formée spontanément, sans l'intervention d'aucune violence, et par le seul fait de l'extension et de l'intensité d'une vaginite préexistante.

Les abcès vaginaux *traumatiques* reconnaissent toujours pour cause un coup, une chute, une contusion, une déchirure étendue ou profonde, une plaie, une brûlure, une blessure quelconque, etc.

Une de nos trois malades, en se levant précipitamment de son lit, est tombée à cheval, les jambes écartées, sur le bord tranchant d'un des panneaux. Il est résulté de cette chute une contusion violente du périnée et de la vulve. Au bout de quelques jours, des phénomènes inflammatoires se manifestèrent, et un abcès se forma à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, tout près de la commissure vulvaire correspondante.

Les abcès du vagin s'annoncent par des douleurs d'abord gravatives, puis lancinantes, dans les parties affectées. Bientôt ces douleurs augmentent d'intensité, deviennent pulsatives et continues, avec de fréquentes exacerbations. Elles s'accompagnent d'une sensation de chaleur insupportable, et s'irradient dans le bassin, vers les régions inguinales et surtout du côté du périnée et du rectum. Ce dernier symptôme acquiert son maximum d'intensité lorsque l'abcès a son siége sur la paroi vaginale postérieure; il en résulte une pesanteur pénible vers l'anus, des épreintes fréquentes et des souffrances très-aiguës pendant l'acte de la défécation.

Si l'abcès siége sur la paroi antérieure du vagin, il n'est pas rare d'observer des phénomènes de voisinage dans la vessie : ténesme, irritation du col vésical, miction difficile et douloureuse.

Les douleurs occasionnées par les abcès du vagin augmentent sous l'influence des efforts et des mouvements: les malades peuvent difficilement se baisser et rester assises; elles marchent avec peine, souvent même elles ne peuvent exécuter quelques pas sans éprouver d'horribles souffrances. Il leur est impossible de supporter les secousses et les cahotements d'une voiture.

A ces symptômes locaux se joignent habituellement les phénomènes généraux ordinaires des inflammations suppuratives : malaise, courbature, inappétence, frissons irréguliers, mouvement fébrile.

L'examen au spéculum est extrêmement difficile ; quelquefois même il faut y renoncer, en raison de l'extrême endolorissement des parties.

Le toucher vaginal, très-douloureux aussi, doit être pratiqué avec de grandes précautions. Il permet de constater la présence d'une tumeur formant dans le vagin une saillie variable, depuis la grosseur d'un œuf de pigeon jusqu'au volume d'un œuf de poule. Chez une des malades que nous avons observées, l'abcès occupait presque toute l'étendue de la paroi postérieure et obstruait en grande partie le conduit vaginal.

Cette tumeur est globuleuse, bien circonscrite, très-douloureuse à la pression; sa température est plus élevée que celle des tissus voisins; on peut aisément y constater une fluctuation caractéristique.

A ces signes il est impossible de ne pas distinguer nettement les abcès du vagin d'avec toute autre tumeur, liquide ou solide, kyste

ou polype, dont ce canal peut être le siége. Nous avons déjà dit plus haut qu'il ne faut pas, non plus, confondre les abcès proprement dits du vagin avec les collections purulentes diffuses se rattachant à l'existence d'un phlegmon pelvien ou d'un phlegmon péri-utérin suppuré. Dans ces deux cas, la marche des symptômes est bien différente, et le foyer des phénomènes phlegmasiques est dans l'excavation pelvienne même. C'est là, dans l'une des deux fosses iliaques, ou dans le tissu cellulaire des ligaments larges, que l'inflammation débute et qu'elle se montre avec le plus d'intensité. La sensibilité excessive de l'hypogastre ou de la région péri-utérine, dès le début de la maladie, la formation d'une tumeur, soit au niveau des fosses iliaques, soit dans le cul-de-sac utéro-vaginal, avant tout symptôme analogue du côté du vagin, l'intensité beaucoup plus grande des phénomènes généraux, enfin l'apparition tardive du pus dans la paroi vaginale : tel est l'ensemble des signes à l'aide desquels on peut toujours distinguer, dans le vagin, une collection purulente d'origine pelvienne d'avec un abcès vaginal proprement dit.

Les abcès du vagin s'ouvrent quelquefois spontanément, et toujours dans ce conduit. Nous ne connaissons pas d'exemples d'ouverture dans la vessie, dans le rectum ou dans le tissu cellulaire pelvien. Le vagin est doublé de tissus fibreux et aponévrotiques qui ne permettent guère au pus de se frayer une voie dans les organes voisins.

Il résulte de tout ce qui vient d'être dit, que les abcès vaginaux n'ont par eux-mêmes aucune gravité. Mais ils peuvent, comme toutes les affections suppurantes, se compliquer d'accidents secondaires ou intercurrents qui leur donnent indirectement un caractère plus ou moins sérieux. Tout alors est subordonné à la nature et à l'importance de la complication. Une de nos trois malades a été atteinte, après l'ouverture de l'abcès, d'un érysipèle ambulant, sous l'influence d'une épidémie érysipélateuse qui régnait, à cette époque, et à notre insu, dans les salles de chirurgie de la Charité.

Si l'abcès vient à s'ouvrir soit dans la vessie, soit dans le rectum (ce qui ne paraît pas encore avoir été observé, ainsi que nous l'avons dit plus haut), il peut en résulter une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale.

Le pronostic des abcès traumatiques varie suivant la violence de

la cause déterminante, l'étendue et la profondeur de la blessure.

Les abcès du vagin sont sujets quelquefois à récidive. Cela est très-rare pour les abcès récents; mais la récidive est au contraire fréquente pour les abcès anciens et enkystés.

On peut, à l'aide de certains moyens préventifs, empêcher le développement des abcès vaginaux. Ces moyens se résument dans l'emploi des agents émollients et antiphlogistiques, auxquels il convient de joindre le repos absolu.

Quand l'abcès est formé, il faut se hâter de l'ouvrir, et largement. On favorise l'écoulement du pus par des injections tièdes, émollientes, fréquemment répétées; on doit, en même temps, prescrire des bains de siége ou des bains généraux.

Si la suppuration est abondante et a de la tendance à devenir fétide, on y remédie par des irrigations à grande eau, par des injections faiblement chlorurées, phéniquées ou iodées. Les embrocations avec la teinture d'iode étendue d'eau, ou les cautérisations superficielles avec le nitrate d'argent, peuvent être employées dans le but de modifier la surface de l'abcès et de hâter le tarissement de la suppuration.

Dans les cas rebelles, ou dans les abcès récidivés, il faut détruire les parois de la poche où le pus se collectionne, et alors l'excision de cette poche devient indispensable. C'est par ce procédé que nous sommes parvenus à guérir définitivement un abcès de la paroi antérieure du vagin, qui s'était reproduit deux fois malgré l'incision.

On peut d'emblée recourir à l'excision, si l'abcès est ancien et enkysté.

CHAPITRE VII.

DE LA GANGRÈNE DU VAGIN.

La gangrène du vagin est quelquefois consécutive à la gangrène de la vulve ou à celle de l'utérus, dont elle n'est alors qu'une extension.

Dans des circonstances plus rares, elle se montre d'emblée dans le vagin.

La vaginite suraiguë peut-elle aboutir à la gangrène? Le fait est possible, puisque la gangrène est une des terminaisons de l'inflammation; mais nous n'en avons observé aucun exemple, et nous en avons cherché vainement dans les annales de la science.

Les causes les plus ordinaires de la gangrène du vagin appartiennent à l'ordre traumatique. Le plus souvent elle succède au travail d'un accouchement laborieux, à la compression prolongée de la tête du fœtus retenue dans la filière vaginale ou au détroit inférieur. Les contusions ou les déchirures occasionnées par des manœuvres obstétricales actives, par l'application du forceps, l'emploi du céphalotribe, sont aussi quelquefois suivies de la mortification de la muqueuse du vagin.

Le séjour prolongé d'un corps étranger dans le vagin, introduit volontairement ou dans un but thérapeutique (pessaires, éponges, tampons, sachets), peut déterminer la gangrène.

Il n'est même pas nécessaire que le séjour du corps étranger soit d'ancienne date ; il suffit que ce corps soit assez volumineux ou assez dur pour comprimer et irriter la muqueuse vaginale; il suffit surtout que cette dernière membrane soit déjà malade ou douée d'une susceptibilité inflammatoire particulière : tel est le cas qui s'est présenté à notre observation. Une femme d'une quarantaine d'années fut admise dans notre service, à la Charité, pour une métrite interne avec antéversion et abaissement de l'utérus. Suivant le conseil d'un autre médecin, peu de temps avant son entrée dans nos salles, elle avait porté un pessaire. Mais, dès le second jour de l'application de cet instrument, elle éprouva de vives douleurs; le quatrième jour, ces douleurs devinrent intolérables, et il fallut se résoudre à retirer le pessaire. C'est alors que nous vîmes la malade et que nous pûmes constater, par le toucher vaginal et par la fétidité spéciale de l'écoulement, l'existence d'une gangrène du vagin. La malade ne tarda pas à succomber avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

La gangrène du vagin se reconnaît aux signes suivants : Douleurs dans les parties affectées, s'irradiant dans le bassin, dans les lombes, vers le périnée, le rectum ou la vessie, quelquefois dans la partie supérieure des membres pelviens; écoulement sanieux, noirâtre, d'une fétidité *sui generis*. Au toucher vaginal, la portion de muqueuse gangrenée donne une sensation de rugosité, qu'on a comparée à

celle qu'on éprouve en touchant la peau de chagrin ; le doigt explorateur, quand on le retire, est imprégné de détritus gangréneux analogues à ceux qui s'écoulent spontanément par la vulve.

Par l'examen au spéculum on voit une ou plusieurs ulcérations, d'un fond tomenteux, grisâtre, tacheté de noir, à bords irréguliers, comme déchiquetés, et dépourvus d'adhérence dans l'étendue de 5 à 10 millimètres.

Ces phénomènes locaux s'accompagnent de tous les symptômes généraux propres à la gangrène : malaise, prostration des forces, anorexie, fréquence et petitesse du pouls, frissons irréguliers, bouche pâteuse, langue saburrale, haleine fétide, pâleur extrême, altération profonde des traits, œdème ou anasarque, etc.

La gangrène du vagin débute par un ou plusieurs points de très-petite dimension. Partielle d'abord, elle envahit de proche en proche la muqueuse vaginale et la détruit dans une étendue plus ou moins grande.

Dans certains cas heureux, la gangrène s'arrête et se circonscrit, soit par un travail de réparation spontanée, soit par l'intervention opportune de l'art. L'ulcération change alors d'allures et d'aspect. Le fond se couvre de bourgeons charnus, les bords se régularisent, l'écoulement devient purulent ou séro-purulent et perd sa fétidité ; sous les eschares éliminées apparaît une surface rouge, analogue à une plaie de bonne nature. Au toucher vaginal, la sensation perçue par le doigt explorateur est différente de celle que nous avons signalée plus haut : au lieu d'une surface rude, sèche, chagrinée et insensible, on trouve une surface humide, tomenteuse, saignante, et douée d'une certaine sensibilité. Peu à peu le travail de cicatrisation s'accomplit. Les surfaces cicatrisées sont plus fermes, plus denses, moins élastiques et moins souples que la muqueuse ambiante. Si la gangrène a occupé une grande étendue, il en résulte dans le calibre du vagin une diminution qui va en augmentant avec la rétraction du tissu cicatriciel, et qui peut même amener l'oblitération complète du conduit. Si la gangrène a été partielle et disséminée par plaques isolées, il peut se produire des brides ou des adhérences vicieuses qui obstruent le vagin ou rétrécissent son diamètre.

Lorsque la gangrène, au lieu de se limiter, continue sa marche progressive, elle finit par détruire les parois du vagin, perforer les cloisons vésico- ou recto-vaginales, et occasionner dans ces régions

les plus graves désordres, tels que phlegmon et suppuration du tissu cellulaire pelvien, péritonite. Ce dernier accident survient quelquefois, sans perforation, par la seule influence de l'inflammation qui accompagne le travail éliminatoire. Ceci s'observe surtout quand la gangrène siége à la partie supérieure du vagin, dans la portion de ce conduit qui est en rapport immédiat avec le péritoine.

La péritonite consécutive à la gangrène du vagin est toujours purulente et fatalement mortelle. C'est à cette funeste complication qu'a succombé la malade dont nous avons rapporté sommairement l'observation plus haut. Les symptômes de péritonite éclatèrent, chez cette femme, cinq ou six jours après le début de la gangrène vaginale, et amenèrent la mort vers le quatrième jour. A l'autopsie, nous trouvâmes tout le vagin, depuis la vulve jusqu'au col utérin, envahi par la gangrène; la membrane muqueuse était complétement sphacélée, le tissu cellulaire sous-muqueux lui-même était profondément atteint; une infiltration purulente générale existait sous les tissus gangrenés. La mortification s'arrêtait brusquement au pourtour du museau de tanche, lequel était resté absolument intact; les parois de la vessie et du rectum, adjacentes au vagin, étaient également épargnées. La gangrène n'avait pas gagné, non plus, le péritoine; mais cette membrane, dans toute sa portion pelvienne, était le siége d'une inflammation des plus intenses, avec un abondant épanchement de pus dans sa cavité.

Une autre complication grave de la gangrène étendue du vagin, c'est l'infection putride et tous les accidents qui en sont la conséquence.

La phlébite, la résorption purulente, peuvent encore être les fâcheux effets de la maladie que nous étudions, et entraîner une terminaison fatale.

La gangrène de l'utérus se propage facilement au vagin; en est-il de même de la gangrène du vagin par rapport à l'utérus? Le fait que nous venons de mentionner nous autorise à douter de ce mode de propagation.

L'intervention de l'art est fort limitée dans la gangrène du vagin. En raison du peu d'épaisseur des parois vaginales et de l'importance des organes voisins, on ne peut guère songer à recourir aux moyens chirurgicaux destinés à circonscrire le travail de mortification.

Au début, et quand la gangrène est partielle, on peut toucher les

parties malades avec un pinceau imbibé d'une solution de perchlorure de fer, dans le but de modifier profondément la vitalité des tissus. Si la gangrène est voisine de la vulve, cette application peut se faire sans le secours du spéculum; mais, lorsque la gangrène est située plus avant dans le vagin, l'emploi du spéculum devient nécessaire, et dans ce cas on ne saurait procéder avec trop de prudence afin de ne pas déterminer la déchirure des parois vaginales mortifiées. A une période plus avancée, quand la gangrène a acquis une étendue notable et qu'on n'a plus l'espoir d'en limiter les progrès, il faut favoriser l'élimination des eschares, provoquer l'expulsion des produits pathologiques, empêcher ou au moins diminuer l'absorption des matières putrides, par des irrigations vaginales à grande eau, par des injections désinfectantes avec de l'eau acidulée (vinaigre, suc de citron, acide citrique), de l'eau chlorurée (liqueur de Labarraque à 3 degrés), de l'eau chlorée (1 partie de solution saturée de chlore et 5 à 6 parties d'eau pure), de l'eau iodée (au 6e, 1 partie de teinture d'iode, 5 parties d'eau), de l'eau de goudron, de l'eau additionnée d'acide phénique (5 grammes d'acide phénique, 100 grammes d'alcool et 1 litre d'eau), une solution de permanganate de potasse (5 grammes de permanganate pour 1000 grammes d'eau).

On prescrit, à titre d'adjuvants, les bains de siége et les bains entiers.

En même temps il importe de soutenir les forces par une médication générale tonique : préparations de quinquina, vins généreux, régime substantiel en rapport avec le mouvement fébrile et l'état des organes digestifs.

On doit aussi purifier d'une manière incessante l'air que respire la malade, en plaçant dans les lieux qu'elle habite des vases contenant du chlorure de chaux délayé dans l'eau sous forme de bouillie claire.

Quant à la péritonite toujours si grave qui vient compliquer quelquefois la gangrène du vagin, nous ne connaissons aucun moyen capable d'en arrêter les progrès. On est alors réduit à l'emploi des médications palliatives, telles que les onctions mercurielles à haute dose, les fomentations émollientes, etc.

Dans les cas où la gangrène suit une marche favorable, il faut surveiller attentivement le travail d'élimination des eschares et la période de cicatrisation qui lui succède, afin de prévenir la formation

de brides, le développement de cicatrices vicieuses et les rétrécissements ou les difformités qui en sont la conséquence. On obtient ce résultat, soit en détruisant les adhérences au fur et à mesure de leur formation, soit (ce qui est encore préférable) en les empêchant de se former à l'aide de plumasseaux de charpie ou de petits bourrelets de caoutchouc interposés entre les parties de muqueuse ulcérées et en voie de réparation.

CHAPITRE VIII.

VAGINISME.

On entend par *vaginisme* l'hyperesthésie de la muqueuse vaginale, avec ou sans contracture du sphincter du vagin.

On doit distinguer deux sortes de vaginisme : l'un, *symptomatique;* l'autre, *idiopathique.*

1° Le *vaginisme symptomatique* se lie à des lésions diverses de la vulve ou du vagin, et particulièrement à des affections éruptives ou inflammatoires de ces organes. Les érosions et les fissures de la muqueuse vulvaire ou vaginale donnent quelquefois lieu aussi à cette sensibilité exagérée et à la contraction spasmodique du sphincter du vagin; il se passe alors un phénomène analogue à celui qui se produit dans la fissure à l'anus.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur le vaginisme symptomatique, dont l'histoire se rattache naturellement à chacune des lésions qui lui donnent naissance.

Son diagnostic et son traitement n'offrent, d'ailleurs, aucune difficulté sérieuse, puisqu'il y a là des altérations matérielles que l'on peut constater *de visu* et traiter par des moyens directs.

2° Le *vaginisme idiopathique* est une véritable névrose. Les investigations les plus minutieuses ne permettent de découvrir aucune lésion capable d'expliquer l'hyperesthésie de la muqueuse vaginale.

Les douleurs ne sont point spontanées; cependant on a vu quelquefois l'écoulement des règles suffire pour éveiller des souffrances assez vives.

Mais c'est le contact d'un corps étranger, et surtout l'introduction du doigt, du pénis ou même d'une simple sonde ou bougie dans le vagin, qui met en jeu cet excès de sensibilité anormale. Les douleurs provoquées par ces tentatives sont quelquefois si aiguës, qu'elles arrachent des cris aux malades et rendent absolument impossibles les approches conjugales.

Nous avons donné nos soins à une jeune dame chez laquelle ces souffrances s'accompagnaient d'un hoquet spasmodique des plus opiniâtres et des plus pénibles. Une autre était prise d'un état convulsif général, avec agitation des membres, mouvements désordonnés, troubles de la respiration et de la circulation, perte de connaissance, comme on l'observe dans les plus violentes attaques d'hystérie ou d'éclampsie.

La thérapeutique du vaginisme idiopathique emprunte ses indications principales à la nature nerveuse de la maladie.

Le traitement local est d'autant plus difficile à instituer, que les organes ne peuvent tolérer le contact d'un spéculum ni même d'une sonde.

On doit donc chercher d'abord à modérer l'excès de sensibilité morbide du vagin par l'usage de bains de siége (eau de son, morelle, jusquiame, tilleul), ou de bains entiers, composés des mêmes substances et suffisamment prolongés.

On y joindra des lavements calmants et antispasmodiques de valériane, d'asa fœtida, de castoréum, de têtes de pavot, de laudanum, d'extrait thébaïque, de belladone, etc.

Il faut en même temps prescrire, soit en pilules, soit en potions, les préparations narcotiques d'opium, de belladone, de jusquiame, d'aconit, et les antispasmodiques proprement dits : éther, chloroforme, valériane, oxyde de zinc, etc.

Lorsque l'hyperesthésie a été diminuée à l'aide des moyens précédents, il convient de recourir au traitement local. Il doit consister d'abord dans l'emploi des injections adoucissantes et calmantes (eau de guimauve, de graine de lin, d'amidon, de têtes de pavot, avec ou sans addition de laudanum, de chloroforme). Plus tard, quand la sensibilité est suffisamment apaisée, on peut conseiller l'usage d'injections faiblement astringentes de feuilles de noyer, de roses de Provins, de feuilles de ronce. Si ces moyens restent insuffisants, il est permis de chercher à modifier la sensibilité de la

muqueuse vaginale à l'aide d'injections de teinture d'iode additionnée de laudanum et étendue d'eau au sixième.

Le traitement hydro-thermal d'Ussat (Ariége), de Bagnères de Bigorre (Hautes-Pyrénées), de Néris et de Luxeuil, convient aux personnes atteintes de vaginisme, surtout lorsque cette maladie affecte la forme chronique et se montre rebelle aux médications ordinaires.

Cependant il est des cas réfractaires contre lesquels toutes les ressources ordinaires de la thérapeutique échouent.

On peut alors recourir, soit à l'incision sous-cutanée du sphincter du vagin, soit à la dilatation forcée. Ce dernier procédé nous paraît préférable; il a été employé avec succès par Chomel, par Michon, par M. Eugène Perrin. La dilatation se pratique, comme celle du sphincter anal, avec les doigts, après que la malade a été préalablement anesthésiée par l'éther ou le chloroforme.

Récemment M. le docteur Caffe a imaginé un instrument (espèce de spéculum) destiné à dilater l'orifice vulvo-vaginal et à rendre possibles les rapports sexuels, dans le cas de vaginisme.

CHAPITRE IX.

KYSTES DU VAGIN.

Autant les kystes de la vulve sont communs, autant ceux du vagin sont rares.

On les observe le plus souvent chez les femmes mariées.

Leur siége le plus ordinaire est la paroi antérieure du vagin.

Leur volume est variable suivant l'époque de leur évolution où on les observe. Tantôt ces kystes ont les dimensions d'un pois ou d'une noisette, tantôt la grosseur d'une noix ou d'un petit œuf.

Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs indolentes, à parois lisses, tendues, rénitentes et translucides, avec ou sans pédicule, formant dans le vagin un relief plus ou moins prononcé.

Quand ces tumeurs sont à peu de distance de la vulve, pédiculées et suffisamment volumineuses; elles franchissent cet orifice et deviennent apparentes au dehors.

Si elles restent cachées dans le vagin, on peut en constater aisément l'existence par le toucher ou par l'examen au spéculum.

Les kystes vaginaux pourraient être confondus, ceux de la paroi antérieure avec une ectropie de la vessie, ceux de la paroi postérieure, très-rares d'ailleurs, avec une rectocèle vaginale.

Le cathétérisme vésical, d'une part, et l'exploration du rectum, d'autre part, suffisent pour éviter cette méprise.

Ce n'est qu'après avoir pris ces précautions que l'on doit, s'il est nécessaire, pour confirmer le diagnostic et s'assurer de la nature de la tumeur, pratiquer une ponction exploratrice.

Les kystes du vagin, parvenus à un certain volume, occasionnent un sentiment de pesanteur et de gêne dans la région de l'hypogastre et du périnée. Cette sensation est d'autant plus marquée, que la tumeur est plus rapprochée de la vulve.

Leur présence n'exerce aucune action fâcheuse sur la menstruation; mais elle oppose un certain obstacle aux rapports sexuels.

Pour obtenir la cure de ces kystes, on peut recourir à trois procédés opératoires: la ponction, l'incision et l'excision.

La ponction est le plus souvent insuffisante; ce n'est qu'un procédé palliatif, qui donne issue au liquide enfermé dans le kyste, mais ne l'empêche pas de se reproduire rapidement.

L'incision elle-même ne réussit pas toujours: la plaie se cicatrise, le kyste se reforme, se remplit de nouveau; et ce n'est qu'après plusieurs évacuations successives qu'on est parvenu quelquefois à guérir la lésion par ce procédé.

L'excision, qui consiste à enlever avec des ciseaux une partie des parois du kyste, est le procédé le plus efficace et le plus sûr. Cette opération est peu douloureuse; elle donne rarement lieu à un écoulement de sang qui exige l'emploi des hémostatiques, tant les parois du kyste sont minces et peu vasculaires.

Les soins consécutifs se réduisent simplement à des injections d'eau fraîche, ou d'eau de guimauve, de feuilles de noyer, etc., répétées pendant quelques jours.

Au bout de deux ou trois semaines, il est utile de s'assurer que le kyste ne s'est pas reproduit. Cette vérification est surtout nécessaire après la ponction ou l'incision.

CHAPITRE X.

POLYPES DU VAGIN.

Il s'agit encore ici d'une lésion fort rare, dont on trouve à peine quelques exemples épars dans la science.

Les variétés qu'on a rencontrées le plus souvent dans le vagin sont les polypes *muqueux* et les polypes *fibreux*.

Ils s'insèrent sur des points variables des parois vaginales. Nous en avons observé un qui prenait à la fois son insertion sur la paroi latérale gauche du vagin et sur la partie correspondante du museau de tanche.

Ces tumeurs sont fixées à la muqueuse vaginale, tantôt par un pédicule étroit et long, tantôt par une base large de 2 ou 3 centimètres.

Les polypes vaginaux présentent des volumes très-divers, depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'une figue ou d'une grosse poire.

Le plus ordinairement, on ne rencontre qu'un seul polype sur les parois du vagin. Quand il en existe plusieurs, ils sont d'un petit volume.

Leur consistance varie suivant la nature du tissu dont ils sont formés. Les uns sont mous, dépressibles et friables : ce sont les polypes muqueux ; les autres sont fermes, résistants et denses : ce sont les polypes fibreux.

Les polypes de petit volume restent cachés dans le conduit vaginal. Les polypes volumineux et les polypes moyens, lorsqu'ils s'insèrent au voisinage de la vulve, font saillie entre les grandes lèvres et les dépassent plus ou moins.

La présence d'un ou de plusieurs petits polypes dans le vagin ne détermine généralement aucune gêne, ni aucune douleur, et peut ainsi passer inaperçue, au moins pendant un certain temps. Mais, à la longue, ces tumeurs, agissant à la manière de corps étrangers, produisent sur la muqueuse vaginale un travail d'irritation qui se traduit par un sentiment de malaise et de tiraillement, et par un écoulement séreux ou séro-sanguinolent. Le toucher et l'examen au spéculum ne laissent aucun doute sur la nature et l'origine de ces accidents.

Les polypes volumineux révèlent leur existence par des douleurs

fréquentes ou continues, par une sensation de pesanteur incommode sur le périnée, une pression sur la vessie ou sur le rectum accompagnée d'envies fréquentes d'uriner et de besoins pressants de garderobes.

Ces symptômes sont plus prononcés encore si le polype tend à s'échapper ou s'échappe à travers la vulve. Alors la malade éprouve la sensation d'un corps étranger qui fait effort pour sortir du vagin. Les douleurs augmentent dans la station verticale, dans la marche, dans tous les mouvements et dans tous les efforts. Le polype rentre spontanément lorsque la malade est couchée.

Il est inutile d'insister sur les autres troubles fonctionnels qu'entraîne la présence d'un polype volumineux dans le vagin, tels que les dérangements de la menstruation, l'obstacle aux rapprochements sexuels et à la fécondation. Les petits polypes, et même les polypes moyens, n'exposent pas à ces inconvénients. La femme dont nous avons parlé plus haut, et qui portait un polype gros comme une figue, inséré sur le vagin et sur le col de l'utérus, était enceinte de trois mois lorsque nous l'avons examinée.

Les gros polypes qui font saillie hors de la vulve peuvent en imposer pour un prolapsus utérin, pour un allongement hypertrophique du col de la matrice, pour une inversion complète de l'utérus, ou enfin pour une procidence de la muqueuse vaginale. Mais une exploration attentive par le toucher et par le spéculum ne permet pas de confondre des lésions si différentes par leur nature et par leur siége. Nous croyons qu'il suffit d'appeler l'attention sur ces points de diagnostic pour mettre le praticien à l'abri de toute erreur.

Les polypes du vagin peuvent-ils, comme ceux de l'utérus, se détacher spontanément et être expulsés par les seuls efforts de la nature? On en conçoit la possibilité pour les polypes à pédicule étroit et allongé; mais nous ne connaissons aucun fait dans la science qui l'établisse d'une manière positive.

L'incision, l'excision, la ligature et la torsion ont été employées tour à tour pour l'extirpation des polypes du vagin. Mais ces procédés opératoires sont remplacés avec avantage, soit par l'écrasement linéaire, soit par la ligature extemporanée, qui n'exposent ni à l'hémorrhagie, ni à la nécessité de cautériser la surface d'implantation, et n'exigent aucun soin consécutif.

CHAPITRE XI.

PROLAPSUS OU PROCIDENCE DU VAGIN.

La *procidence* ou *prolapsus du vagin* consiste dans le relâchement de la muqueuse de ce canal et sa chute hors de la vulve.

Cette lésion peut être partielle ou générale.

Le prolapsus *partiel* porte tantôt sur la paroi antérieure, tantôt sur la paroi postérieure du vagin.

Dans le prolapsus *général*, toute la muqueuse vaginale fait hernie à travers l'orifice vulvaire.

Ces lésions n'ont pas encore été observées chez les filles ou les femmes nullipares; elles n'ont été rencontrées jusqu'à présent qu'à la suite d'une ou plusieurs couches, chez des femmes douées d'une constitution molle, d'un tempérament lymphatique, parvenues à un certain âge, chargées d'embonpoint, ou chez celles dont les parois abdominales et la plupart des tissus sont dans un état manifeste de relâchement.

ARTICLE PREMIER.

PROLAPSUS PARTIEL.

Prolapsus partiel antérieur. — Cette variété de prolapsus s'accompagne toujours et nécessairement de cystocèle. La paroi vaginale antérieure, dépourvue d'élasticité et n'offrant plus qu'une résistance insuffisante, cède à la pression de la vessie, se laisse distendre peu à peu, efface plus ou moins le calibre du conduit vaginal, déprime la paroi recto-vaginale, et quelquefois même vient faire saillie hors de la vulve. La tumeur ainsi formée est molle, flasque, aisément réductible et indolente, lorsque la vessie est incomplétement distendue; quand, au contraire, la vessie est pleine et fortement tendue, la tumeur est plus ferme et comme rénitente, sensible au toucher et plus difficilement réductible. On provoque, en la comprimant, le besoin d'uriner.

Le volume de la tumeur n'est pas constant; il varie suivant la quantité d'urine contenue dans la vessie. L'émission de ce liquide, soit spontanée, soit provoquée par le cathétérisme, est suivie du

retrait de la paroi herniée du vagin. Ce sont là des signes diagnostiques importants, et qui n'appartiennent qu'à la cystocèle vaginale.

Les malades éprouvent, surtout quand elles sont assises ou debout, quand elles marchent ou quand elles font quelque effort, un sentiment de malaise, de tension et de pesanteur dans la région vulvo-périnéale. La vessie ayant perdu sa contractilité normale et participant au relâchement du vagin, l'urine est expulsée avec peine et s'accumule dans le bas-fond de son réservoir; de là les accidents de la dysurie, de la cystite et du catarrhe vésical, le ténesme, les besoins fréquents d'uriner, et plus tard l'incontinence d'urine.

2° **Prolapsus partiel postérieur.** — Cette variété de prolapsus est le résultat du relâchement de la cloison recto-vaginale, d'où le nom de *rectocèle vaginale* qu'on lui donne encore.

La constipation habituelle, l'accumulation de matières fécales dans le rectum, les efforts violents de défécation, sont considérés comme les causes efficientes de cette lésion; mais ces conditions étiologiques seraient insuffisantes, à nos yeux, si elles n'étaient précédées d'une disposition organique spéciale caractérisée par un défaut de tonicité des tissus; car la rectocèle vaginale est rare en comparaison de la fréquence de la constipation chez les femmes.

D'après une statistique relevée par Malgaigne, cette lésion ne se montrerait que très-exceptionnellement avant l'âge de vingt ans et après cinquante ans. Cependant nos observations nous permettent d'affirmer que les femmes plus âgées y sont plus sujettes encore. Un autre point d'étiologie sur lequel nous ne pouvons pas davantage être d'accord avec Malgaigne, c'est au sujet de l'influence des grossesses multipliées. Les cas de rectocèle vaginale que nous avons rencontrés et ceux que nous avons trouvés mentionnés dans différents auteurs, appartenaient le plus souvent à des femmes ayant eu plusieurs enfants. Cette affection est très-rare chez les nullipares.

Il faut signaler comme cause secondaire l'abus des injections émollientes et l'usage des pessaires trop volumineux.

La rectocèle vaginale occasionne un sentiment de pesanteur dans la région ano-vulvaire, des tiraillements dans le bassin et dans les reins, la sensation incommode d'un corps étranger qui tend à s'échapper par la vulve.

La constipation, augmentant en raison de la dilatation de la cloison recto-vaginale, devient de plus en plus opiniâtre.

La procidence est telle quelquefois, que la muqueuse vaginale entr'ouvre l'orifice vulvaire et fait saillie au-dessus de la fourchette. Cette saillie est plus prononcée quand les malades sont debout que lorsqu'elles sont couchées ou assises.

La partie de la membrane herniée présente une teinte rouge vive ou foncée, et est le siége d'une sécrétion leucorrhéique en rapport avec le degré de l'irritation qui lui donne naissance; quelquefois même il s'y forme des excoriations ou des ulcérations superficielles.

Le toucher vaginal fournit des signes différents selon que le rectum est vide ou qu'il est distendu par des matières fécales.

Si le rectum est vide, le doigt peut pénétrer sans résistance jusqu'au fond du vagin; seulement il rencontre en arrière une paroi molle, flasque, formant des plis étendus et nombreux, qu'il faut refouler pour parvenir jusqu'au col de l'utérus.

Quand le rectum est distendu par des fèces accumulées, on sent dans le vagin, et près de son orifice externe, une tumeur indolente à la pression, inégale, bosselée, dépressible, d'une consistance pâteuse, sans fluctuation et sans rénitence.

Cette tumeur oblitère en partie le conduit vaginal, rend l'exploration difficile, et ne permet pas d'atteindre aussi facilement que dans le cas précédent le col de l'utérus.

La matrice subit toujours, dans la rectocèle vaginale, un certain degré d'abaissement.

Si le diagnostic offre quelque incertitude, on peut recourir au toucher rectal, ou bien provoquer l'expulsion des matières fécales à l'aide d'un lavement ou d'un purgatif.

La rectocèle vaginale est une lésion rebelle et dont on ne connaît aucun exemple de guérison spontanée.

ARTICLE II.

PROLAPSUS GÉNÉRAL OU COMPLET.

On voit quelquefois la muqueuse vaginale, relâchée dans toute son étendue, faire hernie à travers la vulve et descendre plus ou moins bas au-dessous de cet orifice. La surface de cette tumeur est

rouge, irrégulière, plissée; elle présente à son centre une ouverture facile à dilater, et par laquelle on peut pénétrer dans le vagin.

Cette tumeur rentre quelquefois spontanément, dans la position horizontale; il est toujours possible de la réduire par une pression modérée.

La procidence complète du vagin coexiste généralement avec un prolapsus ou une chute de la matrice, et donne naissance à des symptômes analogues : pesanteur dans la région génitale, tiraillements dans les aines et dans les reins, gêne, fatigue ou douleurs pendant la marche, saillie plus grande de la tumeur dans la station verticale et pendant les efforts, leucorrhée vaginale, envies fréquentes d'uriner, constipation, etc.

Les rapprochements sexuels sont très-difficiles, souvent même impossibles.

Nous renvoyons, pour plus de détails, à l'histoire des déplacements de l'utérus.

1° **Traitement préventif.** — Empêcher le séjour trop prolongé de l'urine dans la vessie, combattre l'inertie de cet organe par des excitants généraux et locaux (frictions stimulantes, fomentations froides, strychnine et noix vomique, électrisation surtout); — prévenir la constipation par les purgatifs, les lavements, l'électrisation du rectum, un régime alimentaire approprié; — tonifier la muqueuse vaginale par des injections astringentes, des douches froides; — agir sur le bassin à l'aide de procédés hydrothérapiques, bains de siége à eau courante, bains d'immersion, douches ascendantes, douches en cercle, douches en jet ou en pluie, affusions, etc.

2° **Traitement curatif.** — a. *Moyens communs à toutes les espèces de procidence vaginale.* — Les injections, les douches, les procédés hydrothérapiques, que nous venons d'énumérer, sont employés aussi comme moyens curatifs; ils sont toujours utiles, principalement au début de la maladie; mais, à un degré plus avancé, ils sont insuffisants. On est obligé alors de recourir aux procédés contentifs et mécaniques : ceinture abdominale, munie d'une pelote périnéale; pessaires à air de caoutchouc.

b. *Moyens particuliers à chaque variété de procidence vaginale.* — 1° *Cystocèle vaginale.* — Évacuation fréquente de l'urine; électrisa-

tion de la vessie; pessaire spécial de caoutchouc, présentant par une de ses faces (celle qui correspond à la paroi antérieure du vagin) une saillie plus considérable qu'en arrière, tel que l'a imaginé M. Jules Cloquet.

Jobert (de Lamballe), dans le but d'obtenir la cure radicale de cette lésion, a pratiqué une opération consistant à enlever à l'aide du bistouri une ou plusieurs bandes longitudinales de la muqueuse du vagin sur sa paroi antérieure, et à réunir ensuite les bords de l'incision par des points de suture. Il importe de laisser à demeure une sonde de gomme élastique dans la vessie, afin d'empêcher les contractions de cet organe, jusqu'à la cicatrisation complète.

Vidal (de Cassis) a proposé de pincer les plis du vagin avec de très fortes serres-fines, et de les laisser en place jusqu'à la mortification des tissus étreints. Il en résulte, suivant ce chirurgien, une inflammation suppurative qui produit une cicatrice inodulaire.

2° *Rectocèle vaginale.* — Empêcher ou prévenir l'accumulation et le séjour prolongé des matières stercorales dans le rectum; — électrisation du rectum, moyen souvent efficace et dont nous avons obtenu de bons résultats; pessaire plus saillant par sa face rectale que par sa face antérieure.

Tenter la cure radicale en appliquant à la paroi vaginale postérieure un procédé analogue à celui que Jobert a appliqué à la paroi antérieure pour la cure de la cystocèle.

Bellini (de Florence), cité par Malgaigne, obtint la guérison d'une malade en étreignant la partie excédante de la muqueuse du vagin avec un nombre suffisant de points de suture. Vidal (de Cassis) pense, non sans raison, que dans ce cas, comme dans le précédent, la suture peut être remplacée avantageusement par l'application des serres-fines.

Ces opérations ne sont pas sans gravité, en raison des accidents qui peuvent les compliquer ou en être la suite (inflammation phlegmoneuse ou péritonéale, fistules, etc.). On ne doit y recourir qu'avec la plus grande réserve, et dans les cas seulement où la lésion, réfractaire à tous les autres moyens, occasionne des troubles sérieux dans la santé.

3° Quant à la *procidence complète*, il faut chercher à la réduire, puis à soutenir le vagin par des appareils contentifs appropriés : pessaires à air, pessaires en bilboquet, etc.

Lorsque la procidence est excessive et irréductible, on peut exciser un lambeau de la muqueuse vaginale exubérante, ou mieux encore en provoquer la mortification et la chute par la suture ou par les serres-fines.

CHAPITRE XII.

CANCER DU VAGIN.

Le cancer du vagin peut être *primitif* ou *consécutif*.

Le cancer *primitif*, c'est-à-dire celui qui se montre d'emblée sur les parois du vagin, est fort rare. Il se développe indifféremment sur un des points de la muqueuse vaginale; cependant il affecte de préférence la paroi recto-vaginale.

Au début, c'est une lésion de peu d'étendue, et qui pendant quelque temps peut rester latente et passer inaperçue.

D'autres fois, elle se trahit par des douleurs prématurées, lancinantes, opiniâtres; et alors on découvre, par le toucher et par l'examen au spéculum, un point induré, saillant, irrégulièrement ovale, avec une vascularisation intense de la portion de membrane muqueuse correspondante.

Ces modifications de tissus résistent à tous les moyens employés pour y remédier. Elles gagnent de proche en proche, d'une manière lente mais continue, jusqu'à envahir une grande partie du vagin et à rétrécir son calibre. Bientôt l'induration s'ulcère. Cette ulcération présente un fond sanieux ou grisâtre, des bords déchiquetés et fongueux; elle donne lieu à une sécrétion morbide, sanguinolente et fétide, s'étend en surface et en profondeur, entame les tissus sous-jacents, atteint les organes voisins, détruit, suivant son siége, la cloison recto-vaginale ou vésico-vaginale, et finalement établit des communications anormales entre le vagin et le rectum, ou le vagin et la vessie. Souvent aussi le cancer envahit le col utérin et une partie du corps de la matrice. Dans ces différents cas, il est difficile de dire, quand on n'a pas assisté au début de la lésion, par quel organe exactement elle a commencé.

A cette période extrême, les douleurs sont incessantes et horribles,

et les désordres fonctionnels en rapport avec les ravages de la maladie. Aux symptômes locaux, résultant de la perforation des cloisons vaginales, s'ajoutent les phénomènes généraux caractéristiques de l'infection et de la cachexie cancéreuses, et que nous n'avons pas à rappeler ici.

Ordinairement le cancer du vagin est *consécutif*, c'est-à-dire qu'il n'est qu'une extension d'une lésion de même nature primitivement développée dans un organe du voisinage : vulve, utérus, rectum ou vessie.

Le cancer du vagin n'offre pas plus de chances de curabilité que le cancer en général.

Au début, quand il n'a pas acquis encore une grande étendue, quand il est bien circonscrit et n'intéresse que la membrane muqueuse, on peut en pratiquer l'ablation ; mais il est rare que cette opération mette à l'abri d'une récidive.

Dans une période plus avancée, il y aurait témérité à porter, soit un instrument tranchant, soit un caustique sur les parties malades, et le mieux consiste à se borner à l'emploi d'une médication palliative : — *Localement*, lotions et injections émollientes et narcotiques, détersives et désinfectantes (liqueur de Labarraque, teinture d'iode, eau phéniquée, permanganate de potasse, etc.) ;

— *A l'intérieur*, calmants et antispasmodiques, toniques et fortifiants (quinquina, ferrugineux, amers), régime réparateur.

Choix d'un bon climat, d'un air pur et d'une habitation saine.

TROISIÈME PARTIE

DIFFORMITÉS ET MALADIES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER.

ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DE L'UTÉRUS.

Les arrêts de développement de l'utérus peuvent présenter deux degrés : l'un, extrême, caractérisé par le défaut absolu de l'organe; — l'autre, par la présence d'un organe délicat et chétif, qui n'a point dépassé la période fœtale de son évolution.

De là deux formes distinctes sous le rapport anatomique : 1° l'*absence* de l'utérus; 2° l'*état rudimentaire* ou *fœtal* de cet organe. Physiologiquement et cliniquement, ces distinctions sont sans importance, puisqu'elles aboutissent, en somme, aux mêmes conséquences et se traduisent par les mêmes signes négatifs.

Les arrêts de développement de l'utérus doivent être distingués nettement de l'atrophie de cet organe et décrits séparément. L'atrophie est une lésion acquise, un cas pathologique qui suppose l'existence préalable d'une matrice à l'état normal, mais modifiée ultérieurement dans sa forme et dans ses dimensions.

L'absence et l'arrêt de développement de l'utérus représentent un état congénital; ils ne répondent pas, à proprement parler, à une lésion morbide; ce sont des anomalies anatomiques, des vices de conformation, des difformités originelles.

I. **Absence de l'utérus.** — Bien que cette anomalie ne soit pas commune, elle a été observée encore assez souvent pour que son histoire laisse peu à désirer.

Elle est le résultat de l'atrophie et de l'arrêt de développement, pendant la vie embryonnaire ou fœtale, de la partie moyenne des

canaux de Müller, qui sont, comme on le sait, destinés à former le vagin, la matrice et les trompes.

En raison de cette communauté d'origine, il arrive fréquemment que l'absence de l'utérus, au lieu d'être isolée, se complique de l'absence du vagin et des trompes; dans ce cas, l'arrêt de développement et l'atrophie ont porté non-seulement sur la partie moyenne, mais encore sur la totalité des canaux de Müller.

Lorsque le vagin existe, il est généralement rudimentaire, étroit et court, réduit à un cul-de-sac, au fond duquel, ni le doigt ni le spéculum ne parviennent à rien déceler qui figure ou qui rappelle le museau de tanche. L'absence de l'utérus se reconnaît de la manière la plus positive aux signes négatifs obtenus par les divers modes d'exploration: palpation abdominale, toucher vaginal et toucher rectal, pratiqués isolément ou mieux simultanément.

L'absence de l'utérus peut être complète ou incomplète.

Dans l'absence complète, on ne découvre aucun vestige des éléments de l'organe. Ce cas est rare.

Dans l'absence incomplète, qui est la plus fréquente, on trouve, soit les traces des canaux de Müller atrophiés, soit quelques rudiments de fibres musculaires, soit un corps membraneux, un cordon cellulo-fibreux, dans la région occupée habituellement par l'utérus.

Nous avons dit que le vagin et les trompes peuvent faire défaut en même temps que l'utérus. Les ovaires manquent quelquefois aussi, mais plus rarement. On le comprend, d'ailleurs, puisque ces organes procèdent d'une autre origine que la matrice, les trompes et le vagin, ceux-ci venant des canaux de Müller, et les ovaires des corps de Wolf.

II. **État rudimentaire ou fœtal de l'utérus.** — Chez certains sujets, l'utérus s'arrête dans son développement, soit dans les derniers temps de la vie fœtale, soit dans les premières années qui suivent la naissance.

L'organe présente alors sa configuration normale; seulement ses dimensions sont tellement exiguës, qu'on croirait avoir sous les yeux un utérus en miniature. Son volume est celui d'un haricot, d'une amande, d'une noix tout au plus, et ses dimensions en longueur varient de 3 à 5 centimètres.

La capacité de la cavité utérine est en rapport avec les dimensions extérieures de l'organe. Quelquefois le canal cervical existe seul et

son calibre est si étroit, qu'il ne peut guère admettre qu'une soie de sanglier. Dans des cas plus rares, il n'existe aucune trace, ni de canal, ni de cavité. Kussmaul a décrit ce vice de conformation sous le nom de *uterus fœtalis imperforatus*.

Le vagin, les trompes et les ovaires peuvent participer à l'arrêt de développement de l'utérus, et rester, comme lui, à l'état rudimentaire. Néanmoins il n'est pas rare de rencontrer, avec un utérus fœtal, un vagin bien conformé, des ovaires et des trompes assez développés.

Les signes physiques fournis par les différents modes de toucher et par l'examen au spéculum permettent de reconnaître facilement la difformité dont il s'agit, et même de constater approximativement le volume de la matrice. Nous ne croyons pas utile d'insister sur ce point. La combinaison méthodique de l'exploration hypogastrique avec le toucher vaginal, ou de celui-ci avec le toucher rectal, ne saurait laisser aucune incertitude à un observateur attentif.

L'état rudimentaire de l'utérus, aussi bien que l'absence de cet organe, sont des cas absolus et irrémédiables de stérilité.

Beaucoup de femmes atteintes de ces anomalies sont pourvues d'une conformation extérieure irréprochable. Elles portent au dehors tous les attributs de leur sexe : des seins bien développés, des organes vulvaires régulièrement conformés, souvent même, ainsi que nous l'avons dit, un conduit vaginal suffisant pour admettre des rapprochements sexuels et compléter l'illusion.

Ces femmes ont les sentiments, les instincts, les désirs et les penchants de leur sexe; mais une fonction fait défaut, c'est la menstruation. Elle manque d'une manière absolue chez celles qui sont privées d'ovaires en même temps que de trompes et d'utérus; mais nous avons vu qu'elles formaient l'exception. Quant aux femmes chez lesquelles l'absence ou l'état rudimentaire de la matrice ne se compliquent pas d'absence des ovaires, elles éprouvent les phénomènes intimes de la menstruation, sans en présenter les signes extérieurs habituels. Chaque mois, à partir de l'époque de la puberté, elles sont sujettes à des malaises, à des douleurs lombo-abdominales, quelquefois à des symptômes généraux, qui ne permettent pas de douter que l'ovulation périodique ne s'accomplisse avec la congestion ovarienne qui l'accompagne d'ordinaire. La déplétion utérine et l'écoulement sanguin qui en résultent font seuls défaut, ce

qu'explique surabondamment l'absence ou l'état rudimentaire de la matrice.

Inutile d'ajouter que l'art n'a rien à faire contre des anomalies de la nature de celles qui viennent d'être décrites.

CHAPITRE II.

ABERRATIONS DE DÉVELOPPEMENT ET VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS.

Nous comprenons sous ce titre les anomalies utérines compatibles avec les fonctions de la génération, et caractérisées principalement par une altération dans la forme de l'organe, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur. En commençant par les vices de conformation qui se rapprochent le plus du type normal pour finir par celles qui s'en écartent le plus, nous aurons à décrire successivement et d'une manière sommaire : l'*utérus cordiforme*, l'*utérus cloisonné*, l'*utérus bicorne*, l'*utérus double*, l'*utérus unicorne*.

I. **Utérus cordiforme.** — Il s'agit ici d'une anomalie tellement minime, que nous la signalons parmi les vices de conformation uniquement pour nous conformer à l'usage.

L'utérus a son volume normal et sa structure habituelle; ses faces et ses bords latéraux n'offrent aucune particularité; seul, le bord supérieur, au lieu d'être légèrement convexe, est creusé d'une échancrure peu profonde qui donne à l'ensemble de l'organe l'apparence d'un cœur.

C'est une anomalie assez difficile à constater sur le vivant; mais elle est sans conséquence, et nous n'y insisterons pas davantage.

II. **Utérus cloisonné.** — Cette anomalie est tantôt simple, tantôt compliquée d'un cloisonnement du vagin.

L'utérus a extérieurement sa configuration normale, mais sa cavité

est divisée, de haut en bas, en deux parties par une cloison membraneuse longitudinale.

Ce cloisonnement peut être complet ou incomplet.

Les observations de *cloisonnement complet* de l'utérus, chez les femmes adultes sont fort rares dans la science, ce qui fait présumer à bon droit que l'anomalie elle-même est loin d'être commune.

Quant au *cloisonnement incomplet*, il a été observé plus souvent, et nos collections anatomiques en possèdent des exemples.

Dans ce cas, la cloison n'occupe que la cavité du corps utérin ou même seulement la moitié supérieure de cette cavité.

Le cloisonnement de la matrice n'est un obstacle ni à la menstruation, ni à la fécondation; mais il peut apporter une gêne sérieuse à l'évolution régulière du fœtus. Si la cloison est assez mince pour être déchirée par le fait même du développement de l'œuf, la marche de la grossesse ne subit aucun échec; si, au contraire, la cloison est dense, épaisse, résistante, elle s'oppose à l'ampliation utérine et à l'expansion de l'œuf; il en résulte un avortement spontané.

Chose digne de remarque, la plupart des femmes sur lesquelles l'utérus cloisonné a été observé étaient mortes de péritonite. Nous ne voulons rien conjecturer de ce fait, mais nous pensons qu'il mérite d'être signalé.

Comment reconnaître sur le vivant le cloisonnement de l'utérus?

S'il existe un cloisonnement du vagin, il y a de grandes présomptions pour qu'il existe concurremment un cloisonnement de la matrice. Dans ce cas, le cloisonnement utérin est toujours ou presque toujours complet.

Chez une femme dont le vagin n'est point cloisonné, le diagnostic offre plus de difficultés; mais on peut déjà présumer un cloisonnement utérin à des fausses couches réitérées ou au développement irrégulier de la matrice pendant la gestation. On acquerra la certitude de l'existence de cette anomalie par une exploration directe de la cavité utérine, pendant l'état de vacuité, bien entendu, exploration qui se pratique, soit avec la sonde ou avec l'hystéromètre, soit avec le doigt indicateur, après avoir au préalable dilaté le col de la matrice à l'aide d'une éponge préparée suivant le procédé de M. Marion Sims.

Faut-il tenter une opération pour détruire le cloisonnement de la matrice ?

Il n'est pas sans danger de pratiquer dans la cavité utérine une opération sanglante. Aussi croyons-nous sage de s'abstenir de toute intervention prématurée ou intempestive ; or, nous considérons comme telle une opération qui ne serait point justifiée par des accidents antérieurs, tels que des fausses couches répétées, et par le désir formel de la femme d'être débarrassée d'une anomalie qui équivaut pour elle à une cause de stérilité.

En d'autres termes, on opérera s'il est notoire que le cloisonnement du vagin apporte un obstacle réel à la parturition.

L'opération se fait en deux temps : le premier, tout préparatoire, consiste à dilater suffisamment le conduit cervico-utérin et ses deux orifices, soit par le catéthérisme, soit par l'éponge préparée, soit même par l'incision bilatérale ; — le second temps consiste à inciser la cloison ou avec un bistouri boutonné, ou mieux encore avec des ciseaux mousses, peu tranchants, de manière à déchirer ou à mâcher le tissu plutôt qu'à l'inciser, afin d'éviter une hémorrhagie.

Si cet accident survient, on y remédie en touchant les surfaces saignantes avec un pinceau de charpie imbibé d'une solution de perchlorure de fer.

Pour ne pas rendre l'opération vaine, il faut soigneusement veiller à ce que les bords de la plaie, venant à s'affronter, ne contractent point entre eux d'adhérences, d'où résulterait la reproduction du cloisonnement. On doit, dans ce but, empêcher le contact des surfaces, ou détruire les adhérences à mesure qu'elles viennent à se former.

Le repos absolu est indispensable jusqu'à ce que la cicatrisation des deux plaies soit complète. C'est le plus sûr moyen de prévenir une métro-péritonite, la seule complication grave que puisse entraîner le débridement du cloisonnement utérin.

III. **Utérus bicorne.** — Cette anomalie est comme une exagération de la précédente. Les deux moitiés du corps de l'utérus, au lieu d'être accolées et simplement séparées par une cloison commune, sont ici nettement divisées, écartées à angle aigu plus ou moins ouvert. A leur point de jonction, elles se continuent avec le col utérin, qui présente extérieurement sa conformation normale. La matrice s'offre ainsi sous l'aspect d'un organe à la fois

simple et double : simple dans sa portion inférieure ou cervicale, double ou bifurqué en deux lobes divergents dans sa portion supérieure correspondante au corps.

Les deux cornes utérines sont tantôt d'un volume égal, tantôt d'une grosseur différente ; dans ce dernier cas, la plus petite corne est comme atrophiée ou rudimentaire, ainsi que la trompe et l'ovaire du même côté.

La cavité du col utérin est quelquefois unique, comme à l'état normal ; mais parfois elle est divisée par une cloison longitudinale en deux canaux parallèles qui aboutissent à chacune des cornes utérines.

Le vagin aussi est tantôt simple, tantôt cloisonné, d'une manière complète ou incomplète, au niveau de son raphé.

La menstruation ne subit généralement aucun trouble appréciable chez les femmes ayant un utérus bicorne. Le flux menstruel provient le plus souvent des deux lobes utérins. La menstruation s'effectuant à des époques différentes pour les deux utérus a été observée par Godard.

La grossesse est simple dans les cas où la fécondation de l'ovaire s'opère d'un seul côté ; dans les cas assez fréquents où la fécondation a lieu des deux côtés la grossesse est gémellaire.

Le plus souvent la gestation suit son cours régulier et l'accouchement s'accomplit à terme, sans accidents. Mais il peut arriver aussi que la marche de la grossesse soit entravée, soit par le défaut d'ampliation de l'utérus, soit par la rupture de ses parois. Cette rupture a lieu quelquefois pendant le travail de l'accouchement.

IV. **Utérus double.** — Ce vice de conformation, caractérisé par une séparation complète des deux moitiés de l'utérus et du vagin, avec ectropie de la vessie, est extrêmement rare. Il paraît incompatible avec la vie extra-utérine, et jusqu'à présent il n'a été rencontré que sur des fœtus monstrueux. C'est un cas tératologique dont nous n'avons pas à nous occuper plus longuement dans cet ouvrage.

V. **Utérus unicorne.** — La matrice, par suite d'un arrêt de développement ou d'une atrophie de l'un des canaux de Müller, se trouve quelquefois réduite à une seule moitié.

Cet organe incomplet affecte le plus souvent une forme globuleuse ou conique, à sommet supérieur.

Son volume est variable: parfois il ne représente que la moitié de la grosseur d'un utérus normal; mais, en général, l'utérus unicorne, par une sorte de compensation physiologique, acquiert un volume équivalent à celui de la matrice entière.

Ordinairement, la trompe correspondante est normalement développée, ainsi que l'ovaire.

La seconde trompe manque assez souvent; dans quelques cas elle existe, mais à l'état rudimentaire.

Lorsque l'utérus unicorne est pourvu (ce qui arrive généralement) d'une cavité suffisante, les phénomènes de la menstruation n'en subissent aucune atteinte, et la conception est possible. Chez quelques femmes, la grossesse suit régulièrement son évolution, arrive à terme et se termine par un accouchement normal; mais chez d'autres, l'utérus incomplet se prête mal au développement fœtal, et une série de fausses couches ne viennent que trop démontrer son inaptitude à la parturition.

Quelquefois la grossesse est menée à bonne fin; mais le travail de l'accouchement est laborieux, et l'utérus se rompt par suite d'efforts disproportionnés à la force de résistance de son tissu.

Il importe de ne pas perdre de vue ces diverses éventualités, de manière à montrer toujours une sage réserve dans le pronostic d'une grossesse commencée dans de telles conditions, et à prendre les précautions et les mesures nécessaires pour conjurer les accidents d'un accouchement malheureux.

CHAPITRE III.

IMPERFORATION ET ATRÉSIE DE L'UTÉRUS.

On distingue généralement, pour l'utérus comme pour les autres organes creux, deux classes d'occlusions et d'atrésies: l'une afférente aux occlusions et aux atrésies congénitales; l'autre comprenant les occlusions et les atrésies accidentelles ou acquises.

Tout en acceptant cette division et en la signalant en tête de ce chapitre, nous ne parlerons ici que des occlusions et des atrésies congénitales de l'utérus, nous réservant de traiter longuement des occlusions et des atrésies accidentelles dans un chapitre spécial ayant pour titre : RÉTRÉCISSEMENTS DE LA CAVITÉ UTÉRINE.

On admet deux espèces d'imperforations ou atrésies congénitales de l'utérus : l'une *complète*, l'autre *incomplète*. Bien que ces appellations soient grammaticalement et logiquement vicieuses (car la première est un pléonasme, et la seconde un non-sens), nous adopterons néanmoins ces divisions consacrées par l'usage et devenues classiques.

ARTICLE PREMIER.

IMPERFORATIONS OU ATRÉSIES CONGÉNITALES COMPLÈTES.

Ces mots portent avec eux leur définition.

Il ne saurait être question ici de l'absence même de la cavité utérine ; nous avons parlé de cette anomalie plus haut (page 156), et nous avons vu qu'on ne la rencontre que dans les arrêts de développement de l'utérus, notamment dans la forme qui a été désignée sous le nom d'*état rudimentaire*.

L'imperforation de l'utérus a toujours son siége dans un des points du conduit cervico-utérin, soit à l'un des orifices, externe ou interne, soit dans le trajet même du canal.

1° On a vu quelquefois l'ouverture du museau de tanche complétement masquée par une sorte de diaphragme membraneux, dépendance et prolongement de la muqueuse qui recouvre les lèvres du col utérin. Derrière cette membrane oblitérante on pouvait retrouver le conduit cervical avec son calibre normal.

2° Dans d'autres cas, la dépression centrale du museau de tanche existe et l'orifice paraît libre ; mais le canal cervico-utérin, au lieu d'être libre, est oblitéré dans une partie ou dans la totalité de sa longueur. Il y a là comme une soudure des parois, tantôt générale, tantôt partielle. La soudure partielle est beaucoup plus fréquente que la soudure générale.

3° Dans la troisième variété, l'orifice externe ou l'ouverture du museau de tanche est libre, le canal cervical est perméable; mais l'orifice interne est imperforé. Quoique rare encore, c'est pourtant la plus commune des atrésies complètes de l'utérus.

L'imperforation complète de l'utérus est rarement soupçonnée avant l'âge de la puberté. Ce n'est qu'au moment où doit s'établir la menstruation que ce vice de conformation se révèle, fixe l'attention des personnes qui en sont atteintes, et appelle l'intervention de l'art.

En effet, l'atrésie du col utérin, quel que soit son siége, ne tarde pas alors à se manifester par l'absence du flux menstruel et par l'ensemble des accidents caractéristiques de la rétention des menstrues : aménorrhée, tranchées utérines, douleurs intolérables dans l'hypogastre, dans les lombes et dans les reins; développement du ventre, tuméfaction de l'utérus; épreintes vésicales et anales, symptômes de métro-péritonite légère, courbatures, nausées, vomissements; frissons irréguliers, bouffées de chaleur vers la tête, céphalalgie, mouvement fébrile, etc. Nous nous contentons d'énumérer ici ces phénomènes principaux, nous réservant de tracer plus longuement dans la suite la description de la rétention des menstrues.

L'imperforation de la matrice, s'opposant d'une manière absolue à la pénétration du liquide spermatique dans la cavité utérine, empêche l'imprégnation de l'ovule, et constitue ainsi une des causes les plus certaines de stérilité.

On comprend toute la gravité de l'imperforation de l'utérus par les conséquences qu'elle entraîne et qui viennent d'être exposées.

Ce sont ces conséquences funestes qui rendent le plus souvent nécessaire, urgente même, l'intervention de l'art, et justifient pleinement les moyens que nous allons simplement indiquer ici, et auxquels nous consacrerons de plus grands développements à l'occasion du traitement des rétrécissements accidentels et de la rétention des menstrues.

1° Dans la première forme d'atrésie ou d'occlusion congénitale, due à l'oblitération de l'orifice du museau de tanche par la membrane muqueuse formant une sorte de diaphragme, il suffit de déchirer cette membrane ou de l'inciser à sa partie centrale pour rétablir la communication du conduit utérin avec la cavité vaginale. L'hémorrhagie qui résulte de cette petite opération est à peu près

insignifiante; si, cependant, elle se prolonge au delà de certaines limites, on l'arrête aisément au moyen de la solution de perchlorure de fer.

Si l'oblitération a de la tendance à se reproduire, il faut en prévenir le retour, soit en introduisant et en laissant à demeure dans le conduit cervical un corps étranger (sonde, bougie, mèche de charpie, éponge préparée, etc.), soit, ainsi que l'un de nous le pratique depuis longtemps avec succès, en cautérisant les lèvres de la plaie avec la solution ou le crayon de nitrate d'argent. Ce dernier procédé est préférable au premier, parce qu'il n'expose à aucun des accidents résultant de la présence d'un corps étranger dans la cavité utérine.

2° et 3° Dans la deuxième et troisième forme d'occlusion, quand l'obstacle est situé profondément, on doit essayer d'abord et avec prudence le cathétérisme graduel.

Si plusieurs tentatives de ce genre viennent à échouer, on peut recourir au débridement, suivant un des procédés que nous exposerons en parlant des rétrécissements accidentels.

Toutefois nous devons faire remarquer dès maintenant qu'il faut procéder graduellement, par des incisions partielles et très-petites, faites à des intervalles de quelques jours, et avoir soin de maintenir les parties écartées par l'interposition d'une éponge préparée.

Si l'occlusion est profonde et occupe une grande étendue, le débridement devient difficile et n'est pas sans danger; on ne doit alors le pratiquer que s'il est impérieusement commandé par les accidents de la rétention des menstrues, et lorsque déjà la tumeur formée par l'accumulation du sang dans la cavité utérine indique la voie qu'il convient de suivre.

ARTICLE II.

IMPERFORATIONS OU ATRÉSIES CONGÉNITALES INCOMPLÈTES.

Les imperforations ou atrésies incomplètes ne sont, à vrai dire, que des étroitesses ou rétrécissements, siégeant soit sur un point du conduit utérin, soit à l'un de ses orifices.

Ce genre de vice de conformation comporte donc un certain degré de perméabilité du canal cervico-utérin, qui n'est que plus étroit qu'à l'état normal.

Le rétrécissement congénital peut être partiel ou général, occuper une partie déterminée du conduit ou le conduit tout entier. Cette dernière variété est la plus commune.

Les degrés de l'étroitesse sont très-variables, depuis une diminution de calibre à peine apparente jusqu'à une coarctation réduisant le canal cervical aux dimensions d'un pertuis filiforme ou capillaire.

Les atrésies congénitales incomplètes permettent dans une certaine mesure l'accomplissement des fonctions utérines.

Cependant, si le rétrécissement est très-prononcé, la menstruation est difficile et douloureuse ; le sang cataménial s'écoule avec peine, distend la matrice, et donne ainsi naissance à des coliques utérines, à des douleurs lombaires et, sous une forme atténuée, à la plupart des accidents caractéristiques de la rétention des menstrues. Il peut même arriver que cette complication se manifeste dans toute sa gravité : c'est lorsqu'un caillot sanguin vient, à la manière d'un bouchon, oblitérer entièrement le conduit cervical de l'utérus.

L'atrésie congénitale incomplète n'est pas toujours incompatible avec la fécondation. L'imprégnation est possible, en effet, si le canal cervical est assez large pour laisser pénétrer les spermatozoaires jusque dans la cavité utérine ; mais une étroitesse excessive opposant un obstacle à la migration des animalcules spermatiques, est nécessairement une cause mécanique de stérilité.

L'imperforation incomplète passe inaperçue quand elle n'occasionne ni un dérangement aux fonctions menstruelles, ni un empêchement à la reproduction. Mais lorsque le rétrécissement est assez marqué pour provoquer des troubles fonctionnels et amener la stérilité, les femmes se préoccupent de cette situation anormale et réclament les secours de l'art.

Le traitement consiste dans l'emploi de moyens mécaniques ou opératoires destinés à dilater le canal rétréci et à lui restituer son calibre normal.

On obtient ce résultat par deux méthodes : 1° la dilatation ; 2° le débridement.

1° La dilatation se pratique, soit avec l'hystéromètre ou des sondes de calibres différents et gradués, soit avec une éponge préparée qu'on introduit dans le conduit cervical. En général, on n'a recours à ce dernier moyen qu'après avoir déjà obtenu une dilatation suffisante à l'aide du cathétérisme.

2° Le débridement est une opération sanglante, qui consiste à élargir le conduit rétréci en pratiquant deux incisions latérales dans la substance même du col utérin, soit avec un bistouri, soit avec des ciseaux, soit avec un instrument spécial nommé hystérotome.

Les deux indications à remplir après l'opération sont : 1° d'arrêter l'écoulement du sang avec le perchlorure de fer, s'il survient une hémorrhagie ; 2° de prévenir l'occlusion du débridement pratiqué, en empêchant l'adhérence des bords de l'incision. (Consultez, pour plus de détails, le chapitre consacré aux *Rétrécissements accidentels.*)

CHAPITRE IV.

DE LA FLUXION ET DE LA CONGESTION UTÉRINES.

Définition. — Faut-il, à l'exemple de quelques auteurs, décrire à part comme deux états pathologiques distincts la fluxion et la congestion de l'utérus? Nous ne le croyons pas. La fluxion, c'est-à-dire le mouvement exagéré du sang se portant brusquement et en excès dans la trame vasculaire d'un organe ou d'un tissu, et y produisant une suractivité circulatoire, n'est pas, à proprement parler, une maladie ou une lésion ; ce n'est que le phénomène initial ou le premier temps d'un acte morbide plus complexe, d'une des formes de la congestion, la *congestion active*.

Ainsi, la fluxion figure comme cause ou, pour mieux dire, comme agent dans l'évolution pathogénique de la congestion active, et c'est à propos de cet état morbide qu'il en sera question.

Espèces et variétés. — 1° La congestion ou hypérémie utérine peut avoir une existence propre, se manifester isolément et à l'exclusion de toute autre lésion ou maladie : d'où la forme *idiopathique*, *essentielle* ou *primitive*, beaucoup plus rare, à notre avis, que ne l'admettent quelques auteurs, nommément Aran et M. Courty. — 2° Cet état morbide s'associe souvent, à titre d'épiphénomène ou de complication, à la plupart des autres maladies de l'utérus, aux lésions

des organes péri-utérins, aux affections des ovaires, des ligaments larges, du péritoine, du vagin, de la vessie, du rectum, etc.; dans ces circonstances qui, à nos yeux, sont les plus communes, la congestion utérine est *symptomatique*, *secondaire* ou *consécutive*.

Elle est *active*, quand elle est précédée de tous les phénomènes qui caractérisent le molimen ou le raptus fluxionnaire; elle est *passive*, quand elle s'accomplit avec calme, d'une manière sourde, lente, paisible, sans réaction locale ni générale.

Elle est *aiguë*, si elle survient brusquement et si elle parcourt rapidement ses périodes. Elle est *chronique*, si elle dépasse les limites de l'état aigu qui sont habituellement d'un ou de deux septénaires, ou si elle revient avec opiniâtreté à des intervalles rapprochés. Elle est quelquefois *rémittente*, c'est-à-dire qu'elle est sujette, pendant la durée de son cours, à des alternatives d'affaissement et de recrudescence; enfin, elle revêt parfois aussi la forme *intermittente*, en se renouvelant à des époques plus ou moins régulières et éloignées.

Étiologie. — La congestion utérine est très-fréquente; et déjà, dans nos considérations anatomiques et physiologiques, nous avons insisté sur les raisons de cette fréquence: position déclive de la matrice; pression de la masse intestinale; richesse vasculaire; abondance et disposition plexiforme des veines; absence de valvules; difficultés ou obstacles à la circulation en retour; fluxions périodiques; molimen menstruel; développement de l'utérus, et surtout de son système vasculaire, pendant la grossesse, etc.

Ainsi, les conditions anatomiques et fonctionnelles de la matrice constituent pour cet organe un ensemble de *causes prédisposantes* à la congestion.

Les autres causes prédisposantes sont: l'âge, le tempérament et la constitution.

La congestion utérine ne s'observe que très-exceptionnellement aux deux âges extrêmes de la vie. Autant elle est commune pendant la phase menstruelle, c'est-à-dire depuis la puberté jusqu'à la ménopause, autant elle est rare en dehors de ces limites. Cependant elle peut se montrer dans la seconde enfance ou dans la vieillesse; mais alors elle est indépendante de l'âge, et elle provient de quelques-unes des causes occasionnelles que nous énumérerons bientôt, notamment de l'abus des plaisirs solitaires chez les petites filles, et de

la présence de quelque lésion organique chez les femmes âgées.

Les tempéraments sanguin et lymphatique prédisposent, par un mécanisme un peu différent, à la congestion de l'utérus : le tempérament sanguin, à la congestion active ; le tempérament lymphatique, à la congestion passive.

Les femmes d'une constitution pléthorique et chargées d'embonpoint sont sujettes aux congestions de l'utérus. Les chlorotiques, les personnes impressionnables et nerveuses y sont également prédisposées.

Indépendamment de ces causes prédisposantes, qu'on pourrait appeler natives, il en est d'autres qu'on pourrait nommer acquises, et qui tantôt agissent isolément, tantôt et le plus souvent ajoutent leur influence à celles du tempérament et de la constitution, et en accroissent sensiblement la puissance : tels sont le séjour des grandes villes et les exigences sociales qu'il entraîne, les excitations et les fatigues d'une existence mondaine et agitée, les émotions d'une vie de luxe et de plaisirs, la fréquentation des spectacles et l'abus des lectures licencieuses, etc. Dans un autre ordre de choses, les professions sédentaires et l'usage de vêtements ou de corsets trop serrés, la constipation habituelle, et tous les agents de même nature qui ont pour effet de porter obstacle à la circulation des organes pelviens, et de ralentir ou de gêner le retour du sang veineux des extrémités inférieures vers le centre circulatoire.

Les *causes déterminantes* ou *occasionnelles* peuvent être divisées en : 1° causes intrinsèques ou directes ; 2° causes extrinsèques ; 3° causes indirectes et éloignées.

1° *Causes intrinsèques ou directes.* — Il faut signaler en premier lieu le molimen menstruel, que nous avons déjà vu figurer parmi les causes prédisposantes, et qui, en effet, simple agent prédisposant lorsqu'il ne s'écarte pas des limites normales, devient un agent occasionnel par les modifications anatomiques et les troubles fonctionnels que peuvent déterminer son intensité, sa persistance ou ses anomalies. C'est ainsi qu'on observe parfois des congestions utérines succédant ou à la suppression brusque de l'écoulement menstruel ou à l'exagération de ce flux, quelle que soit la cause de cette perturbation.

En second lieu viennent se placer : la grossesse, qui, par suite d'un surcroît de nutrition, amène un mouvement fluxionnaire dans les

parois utérines et y fait naître de fréquentes congestions ; les accouchements laborieux ; et, après l'accouchement, les difficultés de la délivrance, le séjour prolongé du placenta, l'atonie ou l'inertie de la matrice, l'insuffisance des contractions utérines, la lenteur de la rétraction de l'organe, les accidents puerpéraux, les relevailles hâtives, les imprudences de tout genre, l'abstention de l'allaitement maternel, etc.

A ces causes il faut ajouter toutes les lésions développées dans la cavité utérine ou dans le tissu propre de la matrice, qui appellent et entretiennent dans cet organe un mouvement fluxionnaire ; nous signalerons en particulier : les granulations et les érosions du col utérin, les fongosités intra-utérines, les polypes (quel qu'en soit le siége), les tumeurs fibreuses, etc.

On doit enfin ranger parmi les causes occasionnelles directes : l'introduction et le séjour d'une éponge ou d'un redresseur dans l'utérus ; les cautérisations, le cathétérisme, les injections intra-utérines, le débridement ou l'incision du col, le raclage de la cavité utérine avec la curette, etc.

2° *Causes extrinsèques ou de voisinage.* — Elles peuvent venir : *a.* de la vulve et du vagin ; *b.* des annexes de l'utérus (ovaires, trompes, ligaments, tissu cellulaire péri-utérin) ; *c.* du péritoine pelvien ; *d.* de la vessie ; *e.* du rectum.

a. De la vulve et du vagin : vulvite ou vaginite aiguës ou chroniques ; éruptions (eczéma, herpès, etc.) ; lésions traumatiques (coups, blessures, contusions) ; lésions organiques (abcès, fistules, kystes, polypes, cancer, etc.) ; corps étrangers (pessaires, éponges) ; opérations (dilatation, cathétérisme, spéculum, cautérisation, etc.).

b. Des annexes de l'utérus : inflammation ou hémorrhagie des trompes utérines ; ovarite, kystes ou dégénérescence des ovaires ; phlegmon péri-utérin ; hématocèle péri-utérine.

c. Du péritoine pelvien : pelvi-péritonite.

d. De la vessie : cystite, catarrhe, calculs, cystocèle, cancer.

e. Du rectum : rectite, rectocèle, hémorrhoïdes, squirrhe, constipation ; l'abus des drastiques, et notamment de l'aloès, est une cause fréquente de congestion utérine, en raison de l'hypérémie que ces agents déterminent dans les organes pelviens.

3° *Causes indirectes et éloignées.* — Ici se placent toutes les in-

fluences organiques ou morales qui jettent le trouble dans la circulation générale, soit en l'activant, soit en apportant un obstacle au cours du sang.

Ainsi agissent les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, les palpitations nerveuses, les exercices exagérés, les mouvements violents et souvent répétés, les efforts musculaires, l'abus des boissons toniques et stimulantes, une nourriture trop substantielle, un régime trop excitant, les lésions viscérales susceptibles d'occasionner un trouble ou une gêne plus ou moins graves dans la circulation abdominale, les névroses générales, les impressions vives, les émotions morales, etc.

Il faut aussi rattacher à cette catégorie de causes la pléthore et la chloro-anémie : l'une donnant naissance à des congestions actives; l'autre déterminant plus particulièrement des congestions passives.

La suppression de diverses hémorrhagies habituelles (épistaxis, hémorrhoïdes, hématémèses, etc.), ou de certains flux périodiques ou continus (bronchorrhée, coryza chronique, etc.), ou encore d'exutoires depuis longtemps établis (vésicatoires, cautères, etc.), est suivie quelquefois de congestion utérine.

Cette maladie peut encore se développer pendant le cours de quelques maladies générales, telles que la variole, la scarlatine, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le rhumatisme.

Tous les agents extérieurs qui exercent sur la circulation ou le système nerveux une influence perturbatrice peuvent devenir des causes indirectes de congestion de l'utérus. Nous avons vu l'usage des bains électriques produire, sur les organes génitaux internes, un mouvement fluxionnaire suffisant pour rappeler les règles supprimées depuis plusieurs mois.

Anatomie pathologique. — L'utérus congestionné est augmenté de volume; ses vaisseaux sont distendus, gorgés de sang; son tissu propre en est comme imbibé; il présente une coloration plus rouge qu'à l'état normal, et parfois une teinte violacée et vineuse, lorsque l'hyperémie atteint son plus haut degré. La membrane muqueuse est injectée et comme boursouflée, offrant tous les caractères qui s'observent chez les femmes mortes pendant la période menstruelle, et comblant en partie par sa tuméfaction la cavité utérine. Quand on incise l'utérus, il s'écoule une notable quantité de sang par les

vaisseaux divisés ou par le tissu même de la matrice, qui semble alors se dégorger.

Souvent les organes voisins participent à l'hypérémie utérine ; les trompes, les ovaires, les ligaments larges, le péritoine, le tissu cellulaire péri-utérin, portent des traces évidentes de congestion ; le plexus veineux qui entoure la matrice présente parfois une apparence variqueuse.

Symptomatologie. — L'hypérémie utérine se manifeste ordinairement par les signes suivants : — sentiment de malaise et de plénitude dans la cavité pelvienne ; — pesanteur dans la région vulvo-périnéale ; — douleurs dans le bas-ventre, très-variables par leurs caractères, le plus souvent tensives ou gravatives, quelquefois lancinantes, tantôt continues, tantôt, et dans la majorité des cas, rémittentes ou intermittentes ; — irradiations douloureuses dans les reins, dans les lombes, dans les aines et les cuisses, vers le rectum et la vessie ; — parfois ténesme vésical, envies fréquentes d'uriner ; — assez souvent constipation ; plus rarement diarrhée.

Sensibilité hypogastrique, révélée par la palpation ou la pression abdominale ; — hyperesthésie de la vulve et du vagin ; toucher vaginal un peu douloureux, tuméfaction légère de la membrane muqueuse de ce conduit, rarement élévation de la température ; — augmentation de volume et de poids de l'utérus, dont le tissu paraît moins consistant qu'à l'état normal ; — sensibilité exagérée de cet organe et des tissus ambiants, qui, ainsi que nous l'avons déjà noté, participent le plus souvent à l'hypérémie utérine.

Ces phénomènes sont surtout marqués dans la congestion aiguë et dans la congestion active. Il n'est pas rare, dans cette dernière forme, de sentir sur les parois du col de la matrice des battements artériels dont les malades ont parfois conscience.

L'état congestif de l'utérus donne généralement lieu à une hypersécrétion de la muqueuse utérine, d'autres fois à une exhalation sanguine, et, même dans quelques circonstances, à une véritable hémorrhagie. Dans ce dernier cas, il se passe un ensemble de phénomènes analogues à ceux qui accompagnent le flux menstruel.

A l'examen au spéculum, qui doit être pratiqué avec ménagement, on constate la tuméfaction du col utérin, sa vascularisation plus grande qu'à l'état normal, le boursouflement de la muqueuse et les divers produits de sécrétion déposés à sa surface.

D'ordinaire, le processus pathologique reste local et borné aux organes du bassin. Mais, chez quelques malades, la congestion utérine éveille des phénomènes sympathiques dans différents appareils organiques : — dans l'estomac (nausées, vomissements, crampes, tiraillements, douleurs gastralgiques) ; — dans le cœur (palpitations nerveuses, défaillances, lipothymies, syncopes) ; dans la tête (céphalées, migraines, vertiges, névralgies sus-orbitaire, faciale, etc.) ; dans les nerfs intercostaux (névralgies intercostales).

La congestion de l'utérus s'accompagne quelquefois aussi de troubles généraux légers et fugaces, tels que : malaise, courbature, lassitude des membres, frissonnements irréguliers, anorexie, mouvement fébrile peu prononcé et de courte durée. Ces symptômes, loin d'être constants, ne se montrent que dans l'hypérémie active portée à son plus haut degré, ou chez les femmes douées d'une grande susceptibilité nerveuse.

Lorsque la congestion utérine survient pendant le cours d'une autre lésion de la matrice ou des organes péri-utérins, elle a pour effet constant et immédiat d'en augmenter l'intensité et de provoquer une recrudescence dans ses symptômes. Cette influence se fait sentir particulièrement sur les phlegmasies de l'utérus et de ses annexes, et elle joue le rôle principal dans le passage de ces maladies de l'état chronique à l'état aigu, ainsi que nous aurons occasion de l'établir dans la suite.

Marche, durée, terminaisons. — Nous avons dit plus haut que la congestion utérine peut se montrer à l'état aigu ou à l'état chronique.

La *congestion aiguë*, que nous considérons comme de beaucoup la plus fréquente, débute d'une manière assez brusque et parcourt promptement ses périodes. C'est elle surtout dont nous retrouvons le type physiologique dans l'acte de la menstruation. Tantôt elle se dissipe progressivement et complétement, sans laisser aucune trace de son passage, et sans jeter aucune perturbation dans le reste de l'organisme ; tantôt elle disparaît rapidement, elle se supprime, pour ainsi dire, et va se répercuter sur une autre région et y développer des accidents dont la gravité est en rapport avec l'importance de l'organe et avec l'intensité de l'hypérémie. C'est ainsi qu'on a vu des congestions de l'appareil utérin, subitement arrêtées, provoquer des lésions congestives, inflammatoires ou hémorrhagiques dans les voies respiratoires, dans les plèvres, dans le cœur, dans les méninges

ou dans la substance cérébrale, dans les cavités articulaires, etc.

Quelquefois l'hypérémie utérine aiguë se termine par une hémorrhagie critique, soit directe et locale (métrorrhagie), soit dérivative (épistaxis).

La congestion aiguë de la matrice est sujette parfois à de fréquentes récidives. Dans quelques cas, ces récidives se répètent assez souvent pour donner à la maladie la forme intermittente. Mais alors il est rare que la congestion soit simple ; et l'on peut, à bon droit, présumer qu'elle est presque toujours symptomatique d'une lésion inflammatoire ou organique de l'utérus ou de ses annexes. Nous en dirons autant de la forme rémittente.

Quant à la *congestion utérine chronique*, nous ne croyons pas devoir y insister autant que l'ont fait la plupart des auteurs. Suivant nous, l'hypérémie de la matrice, quand elle se prolonge ou qu'elle devient permanente, cesse bientôt d'être simple, et elle mérite de prendre un autre nom. Alors, en effet, elle n'est, dans certains cas, que la conséquence et le signe d'une lésion antérieure de la matrice (fongosités, polypes, tumeurs fibreuses, cancer, môles, etc.), ou des organes voisins (phlegmon péri-utérin, ovarite, pelvi-péritonite, kystes de l'ovaire, hématocèle) ; — ou bien, en se répétant, elle apporte dans la texture même de l'utérus de telles modifications, qu'elle devient l'origine et l'agent d'altérations plus profondes, et qu'elle disparaît, en quelque sorte, pour faire place à une lésion plus importante : métrorrhagie, métrite, engorgement utérin, hypertrophie, etc.

Nous ne pouvons donc, à l'exemple d'Aran et de M. Courty, nous résoudre à faire rentrer dans l'histoire de la congestion utérine des maladies qui ont une existence propre, des lésions anatomiques déterminées, des caractères cliniques spéciaux, des signes distincts, et qui réclament conséquemment une description à part.

Diagnostic. — Si l'on compare les signes de la congestion utérine avec ceux de la métrite que nous exposerons plus tard, on verra qu'il n'existe pas entre ces deux affections de différences sémiologiques bien tranchées. C'est ce qui explique pourquoi beaucoup de cliniciens et de gynécologistes rejettent, encore de nos jours, l'hypérémie utérine comme une entité morbide, et la regardent seulement comme un premier degré de la phlegmasie de l'utérus. Et franchement, il faut que la difficulté de séparer nettement ces

deux états pathologiques soit bien grande, puisque les auteurs qui ont le plus insisté sur l'existence et la valeur nosologique de la congestion utérine se contentent d'exposer ses symptômes sans rien dire de son diagnostic différentiel. L'embarras devait devenir d'autant plus grand pour Aran et pour M. Courty, que ces auteurs ont étendu davantage le champ de l'hypérémie, qu'ils en ont exagéré le rôle, et lui ont attribué des symptômes et des lésions appartenant à la métrite.

En restreignant, ainsi que nous l'avons fait, à une juste mesure les symptômes de la congestion utérine, on voit qu'elle se distingue essentiellement de la métrite par le peu d'intensité des accidents qu'elle provoque, par la rapidité de son apparition, par une évolution plus prompte et une marche plus capricieuse, souvent par des rémittences et des alternatives de disparition et de retour; enfin elle s'en distingue surtout par le caractère de la lésion anatomique qui, dans l'hypérémie, n'est qu'un simple trouble de la circulation utérine et péri-utérine, tandis que, dans la métrite, elle amène des altérations plus ou moins profondes et plus ou moins durables dans la texture même de l'organe.

La congestion reconnue, il faut en préciser le caractère, la nature, la date et le degré.

La congestion *aiguë* diffère de la congestion *chronique* par la marche des symptômes, plus rapide dans la première que dans la seconde; par l'intensité des phénomènes généraux et locaux, plus prononcée dans l'une que dans l'autre.

La congestion *active* diffère de la congestion *passive* par l'apparition de symptômes précurseurs, caractéristiques d'un molimen ou mouvement fluxionnaire; par des douleurs plus vives; par un développement plus intense et plus complet des signes locaux (chaleur, tuméfaction, injection vasculaire, hyperesthésie des organes génitaux et de l'hypogastre, sentiment de plénitude et de tension, pulsations artérielles, etc.); par une réaction générale ou par la manifestation de phénomènes sympathiques dans divers appareils organiques, etc.; enfin par une évolution plus rapide et plus franche. La congestion active peut amener des complications soudaines, extrêmement rares dans la congestion passive. Toutes deux peuvent aboutir aux mêmes conséquences et devenir l'origine des mêmes désordres anatomiques et fonctionnels; mais la terminaison par résolution ou par quelque hémorrhagie critique est plus fréquente dans la congestion active que dans la congestion passive.

La congestion active s'observe plus particulièrement chez les femmes douées d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution ; elle se montre principalement sous l'influence de causes excitantes, pendant toute la période de la vie menstruelle et souvent aussi à l'époque de la ménopause. La congestion passive appartient surtout aux femmes d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate ; elle apparaît sous l'influence de causes débilitantes ; elle est fréquemment la compagne de la chloro-anémie.

Une distinction très-importante à établir dans la détermination du diagnostic, c'est celle de la congestion utérine idiopathique d'avec la congestion utérine symptomatique.

La congestion *idiopathique*, à l'inverse de la congestion *symptomatique*, est plus souvent aiguë que chronique, plus souvent active que passive. Mais ces caractères ne peuvent fournir que des présomptions ; et, pour arriver à un diagnostic exact, il faut de toute nécessité recourir à une exploration scrupuleuse, à un examen attentif, qui permettent de découvrir sûrement s'il existe, ou non, une lésion locale ou générale, à laquelle on puisse rationnellement rattacher l'état hypérémique de la matrice. C'est donc par voie d'exclusion et lorsqu'un contrôle suffisamment éclairé aura amené la certitude qu'il n'existe ni dans la matrice, ni près ni loin de cet organe, aucune lésion capable d'occasionner ou d'entretenir une hypérémie utérine, c'est alors seulement qu'il sera permis d'affirmer qu'on a affaire à une congestion primitive, idiopathique, indépendante de toute autre maladie prochaine ou éloignée. Si nous insistons sur ce point, c'est que, à nos yeux, comme nous l'avons déjà dit, la congestion utérine essentielle est extrêmement rare, infiniment plus rare que la congestion symptomatique.

Pronostic. — Il varie suivant les différentes formes de la congestion utérine, suivant ses degrés et ses modes de terminaison.

La congestion idiopathique présente généralement moins de gravité que la congestion symptomatique. Cela tient à ce que, dans la première variété, on a affaire à une hypérémie simple, dégagée de toute lésion antérieure ou concomitante, capable d'en augmenter l'intensité ou d'en entretenir la durée ; tandis que la seconde variété s'accompagne toujours d'une maladie locale ou générale tendant à accroître l'hypérémie ou à la rendre plus opiniâtre. La gravité de la congestion utérine symptomatique est à son tour subordonnée et

comme proportionnée à la nature de la lésion dont elle est un épiphénomène. Au reste, il importe aussi de remarquer que cette influence de la lésion primitive sur l'hypérémie utérine ne tarde pas à devenir réciproque pour la plupart des maladies de l'utérus ou de ses annexes. Ainsi, les congestions de la matrice, en exagérant les phénomènes de la nutrition interstitielle, accélèrent la marche des tumeurs fibreuses, des polypes et des cancers ; elles en aggravent les symptômes, en produisant des hémorrhagies fréquentes qui épuisent les forces et amènent plus promptement la cachexie et le marasme.

Mais c'est principalement dans les affections phlegmasiques que cette influence des congestions utérines se fait sentir d'une manière funeste. Dans le cours de la métrite et dans celui des phlegmasies péri-utérines, les hypérémies intermittentes déterminent ces recrudescences si fréquentes, dont il sera question dans la suite, et qui rendent la guérison si difficile en rappelant les phénomènes de l'état subaigu, en imprimant à la maladie une marche plus grave et en détruisant les résultats obtenus par une thérapeutique persévérante et bien dirigée.

La congestion active est plus accessible aux moyens de traitement et moins rebelle que la congestion passive. Celle-ci a plus de tendance à passer à l'état chronique.

Mais, d'autre part, la congestion active est plus grave que la congestion passive, en raison des troubles généraux dont elle s'accompagne quelquefois, et des accidents locaux qu'elle peut provoquer, tels que des métrorrhagies abondantes et même des inflammations de l'utérus ou de ses annexes.

La congestion aiguë légère n'offre aucune gravité. Si elle est intense, elle expose aux mêmes dangers que la congestion active.

Quant à la congestion chronique, dans la mesure fort étroite où nous l'avons admise, elle emprunte sa gravité à sa persistance même et aux altérations de texture qu'elle peut produire.

Les congestions utérines, même les plus légères et les plus simples, peuvent acquérir un certain degré de gravité par leur fréquence. En effet, les congestions répétées amènent à la longue des désordres plus profonds encore que les congestions intenses, mais rares et passagères.

Enfin pour les hypérémies utérines, comme pour la plupart des maladies, il faut toujours tenir compte, dans le pronostic, de la nature et de l'intensité de la cause qui les a occasionnées.

Thérapeutique. — Quelles que soient la cause et la forme de la congestion utérine, l'indication thérapeutique fondamentale est de ramener la circulation de l'utérus à ses conditions normales. Les indications secondaires, ainsi que les moyens, varient suivant que la congestion est idiopathique ou symptomatique, active ou passive, aiguë ou chronique, simple ou compliquée.

1° *Traitement de la congestion symptomatique.* — Quand la congestion utérine se lie symptomatiquement à une lésion primitive ou concomitante de la matrice ou de ses annexes (ce qu'il importe de constater avec soin), c'est contre la maladie principale qu'il convient de diriger, avant tout, le traitement. Si, en effet, on se borne, dans ce cas, à combattre la congestion utérine, celle-ci ne tarde pas à se reproduire sous l'influence du processus morbide qui lui a donné naissance; et il en est de même tant que ce processus persiste. Quelquefois il suffit de satisfaire à cette indication pour avoir complétement raison de l'hypérémie de la matrice; mais assez souvent aussi la congestion symptomatique est assez intense pour qu'on doive la traiter concurremment avec la lésion primitive; c'est ce qui arrive, par exemple, dans quelques congestions symptomatiques, soit de déviations ou de flexions de l'utérus, soit de phlegmasies péri-utérines anciennes. Il peut se faire encore que, la lésion primitive étant guérie, la congestion symptomatique lui survive, non pas dans toute son intensité, mais dans une certaine mesure, et qu'elle nécessite à son tour un traitement spécial, analogue à celui que réclame la congestion idiopathique.

Dans tous les cas, les congestions utérines intercurrentes doivent éveiller de bonne heure toute la sollicitude des praticiens, d'une part afin d'empêcher la lésion primitive de s'aggraver sous l'influence d'hypérémies répétées; d'autre part, pour prévenir les accidents auxquels ces hypérémies exposent, notamment les hémorrhagies.

Il suffit de rappeler combien les congestions utérines sont graves dans la grossesse, dont elles compromettent le cours, pour faire sentir, dans ce cas, l'opportunité d'une prompte intervention thérapeutique.

2° *Traitement de la congestion idiopathique.* — Ici c'est uniquement la congestion qu'il faut s'appliquer à combattre.

Les indications et moyens thérapeutiques sont subordonnés à la forme de l'hypérémie.

Si la congestion utérine est active, il faut, avant toute chose, dou-

ner au cours du sang une autre direction ; il importe, en effet, de dériver ou d'arrêter le mouvement fluxionnaire qui produit et alimente l'hypérémie.

La seconde indication consiste à combattre directement la congestion même : d'une part, en diminuant, s'il y a lieu, la masse générale du sang, l'activité de la circulation ; d'autre part, en enlevant aux vaisseaux utérins la quantité exubérante de sang qu'ils contiennent.

Les principaux moyens propres à remplir ces indications sont :

a. La saignée générale déplétive. Elle ne convient que dans les congestions aiguës, intenses, accompagnées de réaction locale et générale prononcée, quand le pouls est plein, développé, la douleur vive, la pléthore utérine bien marquée, quand aussi la malade est douée d'une forte constitution. Une seule saignée, de 150 à 200 grammes, suffit, dans la majorité des cas, pour produire un apaisement du mouvement fluxionnaire et enrayer la marche de la congestion.

b. La saignée révulsive du bras (de 45 à 60 grammes au plus), ou les émissions sanguines locales. Elles doivent être employées dans les congestions utérines d'intensité moyenne, s'accompagnant d'une réaction générale ou locale modérée, et se manifestant chez des femmes d'une constitution ordinaire.

Ici encore, comme dans le cas précédent, une seule saignée du bras suffit le plus souvent.

Quant aux émissions sanguines locales, les avis sont partagés sur la région où il convient de les pratiquer. A l'exemple de Guilbert et de M. Duparcque, Aran, M. Scanzoni et M. Courty conseillent l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur le col de l'utérus. Nous avons, nous aussi, quelquefois eu recours à l'application de sangsues sur le museau de tanche, mais avec des résultats trop divers pour pouvoir donner exclusivement la préférence à ce mode d'émission sanguine : si quelquefois il nous a mieux réussi que les autres procédés, parfois, au contraire, il n'a pas produit des effets aussi favorables. Nous ne croyons donc pas qu'il y ait lieu de renoncer aux autres modes d'émissions sanguines locales. Sauf de rares exceptions, on doit, suivant nous, commencer par des applications extérieures de sangsues ou de ventouses scarifiées, et réserver les applications de sangsues sur le col utérin aux cas où les premiers procédés n'ont point apporté de soulagement.

Les sangsues doivent être mises quelquefois à l'anus ; mais le plus souvent c'est sur le bas-ventre ou sur la région sacro-coccy-

gienne qu'il faut les appliquer, ainsi que les ventouses scarifiées.

Les saignées locales pratiquées soit à la vulve, soit à la partie supérieure des cuisses, augmentent plutôt qu'elles ne diminuent les symptômes de la congestion utérine. Il en est de même de la saignée du pied. Aussi vaut-il mieux n'y pas recourir dans le traitement de l'hypérémie de l'utérus.

c. Les manuluves sinapisés, les sinapismes ou les cataplasmes sinapisés, promenés sur les bras, les avant-bras et la partie supérieure du dos; les ventouses sèches, appliquées sur la même région, sont employés comme auxiliaires des moyens précédents; ou même ils peuvent les remplacer dans les cas où la congestion est légère, et surtout chez les femmes d'une constitution délicate et incapables de supporter des émissions sanguines.

Ces révulsifs doivent être répétés pendant plusieurs jours de suite, et, souvent, matin et soir.

Il faut s'en abstenir ou y recourir avec infiniment de réserve chez les femmes sujettes aux congestions pulmonaires, aux crachements de sang, aux étouffements, aux palpitations, aux maux de tête, aux étourdissements et à d'autres accidents cérébraux de nature congestive.

d. Aux moyens précédents, qui constituent les agents les plus puissants et les plus directs du traitement de la congestion utérine active, il convient d'associer : les injections vaginales tièdes, émollientes et calmantes ; — les topiques adoucissants et sédatifs (fomentations, cataplasmes, onctions), sur le bas-ventre ; — les bains généraux, à l'eau de son, à l'eau d'amidon, à l'eau de tilleul, et à une douce température ; — les purgatifs légers, les laxatifs doux (magnésie, limonade magnésienne, huile de ricin, eau de Pullna, de Kissingen, de Friedrichshall, de Sedlitz, etc ; — les lavements simples ou faiblement laxatifs ; — les boissons rafraîchissantes, délayantes, diurétiques ; — dans certaines circonstances, les préparations d'opium, de belladone, de jusquiame, de digitale.

e. Le repos absolu et le régime sont d'une importance majeure dans la thérapeutique de la congestion utérine active. Les malades doivent rester couchées, s'abstenir de tout exercice, éviter toute espèce de fatigue, les rapprochements sexuels, les émotions morales, et tout ce qui peut déterminer une excitation du côté des organes génitaux, y accroître ou y entretenir le mouvement fluxionnaire.

Si la congestion est intense, la diète est de rigueur; si la con-

gestion est modérée, il suffit de soumettre les malades à un régime doux et peu substantiel. Dans tous les cas, il faut interdire les aliments excitants et les boissons stimulantes (café, thé, liqueurs, vin pur, etc.).

Le régime et les moyens simples, indiqués en dernier lieu, suffisent, dans un certain nombre de cas où la congestion utérine présente peu d'intensité, pour en amener la guérison, sans le secours des émissions sanguines.

Si la congestion utérine active détermine une hémorrhagie, elle réclame le traitement que nous indiquerons en parlant de la métrorrhagie.

La congestion active qui survient pendant le cours de la grossesse exige surtout le repos absolu, les manuluves, les lavements laudanisés, et, dans quelques cas, la saignée révulsive.

Dans la *congestion active à forme chronique*, il convient encore de recourir aux mêmes moyens que dans la forme aiguë, mais en ayant soin d'employer les émissions sanguines avec plus de modération.

Le repos ne doit pas être aussi absolu que dans la congestion active aiguë; et il n'est pas nécessaire de prescrire un régime aussi sévère.

C'est ici surtout, en raison de l'imminence constante de l'état congestif, qu'il faut à tout prix éloigner les causes qui peuvent surexciter les organes génitaux et y déterminer une fluxion sanguine.

Il est utile également d'entretenir la liberté du ventre et de combattre la constipation.

Il importe de se rappeler que la congestion utérine active à marche chronique est rarement idiopathique, et que, dans l'immense majorité des cas, elle coexiste soit avec des phlegmasies de l'utérus ou de ses annexes, soit avec d'autres lésions de ces organes. L'existence d'une de ces lésions doit toujours être soupçonnée quand on voit, à l'époque critique, apparaître des mouvements congestifs répétés.

La *congestion utérine passive* présente des indications tirées principalement de l'état de débilité de l'organisme, de l'appauvrissement du sang et du défaut de tonicité des vaisseaux utérins. Elles consistent donc : 1° à relever les forces générales de l'économie;

2° à donner au sang plus de richesse et de plasticité ; 3° à augmenter la tonicité de l'appareil vasculaire utérin.

D'où l'on voit que les indications sont ici complétement opposées à celles fournies par la congestion utérine active.

Pour remplir les trois grandes indications qui viennent d'être formulées, on a recours aux amers, aux ferrugineux, aux toniques, aux stimulants diffusibles, aux procédés hydrothérapiques, et particulièrement aux douches froides; aux bains salés, sulfureux, aromatiques, aux bains de marc de raisin ; aux injections fraîches, astringentes ; aux lavements froids rendus fortifiants par l'addition d'une certaine quantité de vin.

Le régime doit être en harmonie avec cet ensemble de moyens thérapeutiques, et avoir pour base une nourriture substantielle, une alimentation analeptique.

Comme soins complémentaires, il est utile de conseiller le séjour à la campagne, les promenades au grand air, les exercices modérés du corps, notamment la gymnastique et la natation.

C'est dans cette forme de la congestion utérine qu'il faut recommander aux malades les bains de mer, les eaux minérales ferrugineuses, chlorurées sodiques, bromo-iodurées et sulfureuses ; en un mot, l'ensemble des agents de la médication reconstituante.

Nous n'insisterons pas davantage sur le traitement de la congestion utérine. Ce que nous en avons dit suffit amplement pour guider dans le choix des moyens qui conviennent à ses diverses formes.

Ce sujet trouvera son complément naturel dans les chapitres ultérieurs consacrés à l'histoire des hémorrhagies et des phlegmasies de l'utérus et de ses annexes, avec lesquelles, ainsi que nous l'avons établi plus haut, les congestions utérines offrent une si grande affinité.

CHAPITRE V.

DE LA LEUCORRHÉE.

Il n'est guère de maladies de matrice qui ne s'accompagnent de leucorrhée. Elle domine, pour ainsi dire, la pathologie utérine ; c'est le premier symptôme qui frappe l'attention des malades et qui éveille leur sollicitude. On l'observe également dans la plupart des affections de la vulve et du vagin ; et elle peut servir, en quelque sorte, de trait d'union entre l'histoire de ces dernières affections et l'histoire des affections de l'utérus.

Telles sont les raisons qui nous engagent à parler dès l'abord de la leucorrhée.

On donne le nom de *leucorrhée* ou d'*écoulement blanc*, plus vulgairement de *flueurs blanches*, ou de *pertes blanches*, aux divers produits de sécrétion morbide provenant de la vulve, du vagin ou de l'utérus, et assez abondants pour laisser des taches sur le linge.

La leucorrhée proprement dite est essentiellement constituée par un liquide muqueux, tantôt pur, tantôt mélangé de pus, de sang, etc.

Cette affection quels qu'en soient l'origine et le siége, est encore un des points litigieux de la pathologie gynécologique sur lesquels on discute depuis longtemps sans pouvoir parvenir à tomber d'accord.

Pour les uns, la leucorrhée est une maladie propre, une entité morbide ; pour les autres, ce n'est qu'un symptôme. D'autres, enfin, professent que cet écoulement est, suivant les cas, tantôt une maladie, tantôt un symptôme ; ils admettent donc deux sortes de leucorrhée : une leucorrhée *idiopathique* et une leucorrhée *symptomatique*.

Ceux qui considèrent la leucorrhée comme une affection *sui generis*, la rangent parmi les flux : c'est, disent-ils, une altération de sécrétion des membranes muqueuses, vulvaire, vaginale ou utérine, indépendante de toute lésion de tissu.

Sans doute, la leucorrhée est un produit de sécrétion morbide ; mais quelle en est la cause ? sous quelle influence s'opère cette hypersécrétion ? Ne faut-il pas admettre forcément ici l'action d'une lésion de quelque élément anatomique de l'utérus ou du vagin ? En

d'autres termes, n'est-on pas obligé de reconnaître, en dernière analyse, que la leucorrhée, loin d'être un flux idiopathique, essentiel, doit se produire sous l'influence de quelque irritation morbide, ayant son point de départ dans une phlegmasie ou une névrose de l'appareil utéro-vaginal ? Nous avons peine à comprendre qu'une sécrétion soit altérée sans que l'organe sécréteur ait subi lui-même quelque lésion matérielle, quelque modification dans ses conditions anatomiques.

C'est assez dire qu'à nos yeux, la leucorrhée n'est point une entité morbide, mais simplement un symptôme pouvant se rattacher à la plupart des affections de la matrice, du vagin ou de la vulve.

On conçoit tout de suite combien doivent être différentes les conséquences pratiques de deux doctrines si diamétralement opposées. Imbus de cette fausse idée, que la leucorrhée n'est simplement qu'un flux catarrhal, bon nombre de praticiens traitent cet écoulement sans examen ; ils prescrivent, à l'aventure, des injections vaginales, émollientes ou astringentes, sans s'enquérir de l'organe qui fournit l'écoulement, ni de la cause qui l'entretient.

Mais tout change avec la doctrine que nous développons ici. La leucorrhée, n'étant plus qu'un symptôme, devient, au point de vue des indications thérapeutiques, un élément secondaire, accessoire ; mais elle acquiert une immense valeur relativement à la sémiologie. En effet, c'est, comme nous l'avons dit plus haut, le symptôme le plus commun des affections utérines, presque toujours c'est le premier, et très-souvent c'est le seul qui attire l'attention des malades.

Aussi, en présence d'une femme affectée de leucorrhée, le premier soin du médecin doit-il être de chercher à remonter jusqu'à la maladie d'où provient l'écoulement. C'est un point sur lequel nous ne saurions insister avec trop de force. Il est temps de sortir de cet empirisme aveugle qui, faisant de la thérapeutique des affections utérines une espèce de jeu de hasard, expose les femmes qui en sont atteintes à des incommodités sans fin, ou même les condamne à des souffrances continuelles et à des infirmités incurables. Au lieu de rester ainsi dans le vague et dans l'incertitude, ne vaut-il pas bien mieux rechercher soigneusement le siége, la nature et la source du mal, tirer de ces notions des indications thérapeutiques précises, afin de pouvoir fonder, en définitive, un traitement rationnel et efficace ? Aujourd'hui, grâce aux méthodes d'investigation qui sont

en notre pouvoir, les maladies de l'utérus et de ses annexes ne doivent plus compter, comme il y a quelques années, au nombre des arcanes de notre art. S'il existe encore quelque mystère en gynécologie, ce ne peut être que pour ceux qui, se contentant d'un examen superficiel, négligent ou dédaignent de recourir aux procédés de diagnostic actuellement connus.

Bien que l'étude de la leucorrhée se trouve éparse, pour ainsi dire, dans les différents chapitres de ce livre, nous avons pensé qu'en raison de son importance, il serait utile d'en tracer ici l'histoire synthétique, d'en résumer les principaux caractères, et de faire voir comment on peut du phénomène de l'écoulement remonter à son origine et à son siége.

Nous étudierons donc successivement la leucorrhée sous le rapport de la quantité, des qualités physiques, organoleptiques, chimiques et micrographiques, et enfin au point de vue de la sémiotique.

1. Étude du produit de sécrétion. — La quantité de l'écoulement est très-variable. Chez quelques femmes, il tache à peine le linge; chez d'autres, il est tellement abondant, que les malades sont obligées de se garantir en prenant les mêmes précautions qu'au moment des règles.

Le produit leucorrhéique est sujet aussi aux plus grandes variétés. C'est un liquide tantôt clair, limpide, séreux; tantôt muqueux et filant comme un mucilage; d'autres fois il est épais et visqueux comme du blanc d'œuf; dans certains cas, il est opalin, lactescent et homogène; dans d'autres circonstances, c'est une matière dense, jaunâtre, mal liée et comme grumeleuse, quelquefois opaque, verdâtre ou d'une teinte plus ou moins foncée, brune, roussâtre, sanieuse, visiblement altérée par son mélange avec le sang, le pus ou des détritus organiques.

Cette matière est rarement sans odeur; le plus souvent elle est fade et nauséeuse; d'autres fois elle est repoussante, fétide, rappelant l'odeur des lochies, de l'humeur blennorrhagique ou de la sanie cancéreuse.

Le liquide leucorrhéique offre une réaction soit acide, soit alcaline, rarement neutre.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, il est constitué tantôt par du

mucus sans mélange, tantôt par du mucus albumineux ou sanguinolent ; d'autres fois par du muco-pus, ou enfin par le mélange de ces divers éléments, et même d'une certaine proportion de détritus organiques.

Au microscope, on trouve ce liquide formé, suivant les cas, par des corpuscules muqueux, des globules purulents, des globules sanguins, des cellules épithéliales, etc.

Toutes ces variétés de couleur, d'odeur, de nature, de composition et de réaction chimique se rattachent au siége de l'écoulement et à la nature même de la maladie à laquelle il se lie.

La leucorrhée a sa source ou dans l'utérus, ou dans le vagin, ou dans la vulve. De là, eu égard au siége, trois variétés de leucorrhée : l'une *utérine*, l'autre *vaginale*, l'autre *vulvaire*. Souvent elle est *mixte*, c'est-à-dire qu'elle provient simultanément de ces diverses parties.

3. De la leucorrhée au point de vue séméiologique. — Peut-on, à l'aide des seules données fournies par les flueurs blanches, déterminer d'une manière exacte quels sont la nature et le siége de la lésion d'où elles dérivent? L'étude de la leucorrhée est assurément incapable de conduire par elle-même à un pareil résultat. Mais elle peut mettre sur la voie du diagnostic, ainsi que nous allons essayer de le prouver, nous réservant de dire ensuite par quels moyens on pourra suppléer à cette insuffisance et confirmer les présomptions acquises par ces premières notions.

Ces difficultés ne sauraient exister pour la leucorrhée vulvaire. L'examen le plus superficiel suffit pour en déceler le point de départ.

Mais il n'en est pas de même pour la leucorrhée vaginale et utérine. Ici il faut tout d'abord tenir compte de la quantité de l'écoulement. Il est clair que les proportions du produit sécrété sont toujours en raison directe de l'étendue de la surface sécrétante. D'où il est permis d'inférer qu'un écoulement très-abondant doit provenir, soit seulement de la totalité du vagin, soit de la surface vaginale et de la muqueuse utérine simultanément; une leucorrhée peu abondante, au contraire, prend sans doute sa source uniquement dans la cavité utérine.

Un écoulement muco-purulent, parfois mêlé de sang, accompagné de douleurs très-aiguës dans le bas-ventre et d'une réaction fébrile intense, assez abondant à l'apogée de la maladie, diminuant à mesure

que l'état de la malade s'amende, appartient, en général, à la *métrite aiguë*. Tantôt cet écoulement cesse entièrement, si la résolution de la phlegmasie est complète; tantôt il persiste, en prenant les caractères du mucus albumineux, si la phlegmasie revêt la forme chronique.

Une leucorrhée, peu abondante, constituée par une matière glaireuse, comparable à du blanc d'œuf, provient toujours de la cavité utérine et se rattache à l'existence d'une *métrite chronique interne*.

Les pertes muco-purulentes, d'une teinte blanche et d'une apparence laiteuse, proviennent généralement du vagin et sont l'indice d'une *vaginite*.

La leucorrhée jaune verdâtre est fournie le plus souvent aussi par la muqueuse vaginale.

Néanmoins la muqueuse utérine exhale, dans certains cas, un muco-pus semblable à celui du vagin; de sorte que les écoulements blancs et laiteux et les écoulements jaune verdâtre peuvent quelquefois être tout aussi bien le signe d'une métrite chronique interne que d'une vaginite.

Toute matière leucorrhéique alcaline provient de la cavité de l'utérus; la leucorrhée vaginale est toujours acide. L'écoulement mixte est, suivant les proportions du mélange, alcalin, acide ou neutre.

Lorsque, en dehors de l'époque menstruelle, les mucosités leucorrhéiques sont striées de sang, il est à présumer qu'il existe des *granulations* ou des *ulcérations*, soit sur le museau de tanche, soit sur la muqueuse vaginale. Si le sang est mélangé en assez grande quantité au mucus ou au muco-pus, il est probable qu'on a affaire à une métrite chronique compliquée de *fongosités intra-utérines*, de *polypes* ou de *corps fibreux*.

Un écoulement séro-sanguinolent, comparable à une eau roussâtre, abondant et continu, est un signe presque certain de *cancer* de l'utérus ou du vagin, au début.

Plus tard, le cancer se décèle par l'écoulement d'une matière épaisse, semi-liquide, ichoreuse et fétide, mélange de pus, de sang et de détritus cancéreux.

Le mélange de ces détritus et la continuité de l'écoulement permettent de distinguer les matières provenant d'une affection cancéreuse de celles qui, par suite d'un séjour plus ou moins long dans la matrice, — dans les cas de métrite chronique interne compliquée

de rétrécissement du conduit utérin, — ont acquis une odeur et une coloration capables d'en imposer.

La métrite parenchymateuse ne fournit point une leucorrhée particulière. Les pertes blanches qui accompagnent habituellement cette phlegmasie doivent être attribuées, non point à l'inflammation du tissu propre, mais à celle de la muqueuse utérine, qui la complique presque toujours.

La leucorrhée, qu'on observe généralement dans l'hystéralgie, provient, soit d'une métrite ou d'une vaginite concomitante, soit d'un surcroît de mouvement circulatoire et d'activité fonctionnelle dans la muqueuse et dans les follicules mucipares, sous l'influence de l'irritation morbide du système nerveux utérin.

La leucorrhée qu'on observe dans certaines lésions organiques de l'utérus, telles que môles, polypes, corps fibreux, hydrométrie, etc., se rattache à un certain degré de congestion ou de phlegmasie utérine, que ces espèces de corps étrangers ont fait naître sur les points de la muqueuse qu'ils irritent sans cesse par leur contact.

L'écoulement blanc qui accompagne si souvent aussi les lésions mécaniques de la matrice et que beaucoup d'auteurs n'hésitent pas à leur attribuer, est le résultat, non point du déplacement ou de la déviation, mais de la métrite, qui très-souvent les complique.

L'ovarite et les phlegmons péri-utérins ne déterminent la leucorrhée que d'une manière indirecte, c'est-à-dire en provoquant, par voie de contiguïté ou de voisinage, une phlegmasie utérine.

Nous venons d'esquisser à grands traits l'étude de la leucorrhée, au point de vue de la sémiotique, et nous avons cherché à rappeler ses principaux caractères dans les différentes affections d'où elle dérive.

Mais, ainsi que nous l'avons dit précédemment, et comme on a pu s'en convaincre par la lecture du présent chapitre, les notions relatives à la quantité et aux diverses qualités de l'écoulement constituent des données diagnostiques manifestement insuffisantes et propres seulement à faire soupçonner la nature et le siége de la lésion. Cette remarque est d'autant plus juste, que, dans la grande majorité des cas, le liquide qui s'écoule par la vulve n'est point homogène ; c'est un liquide mixte provenant le plus souvent du mélange des matières sécrétées par l'utérus et par le vagin.

Il faut donc, si l'on veut arriver à un diagnostic certain, recher-

cher la cause et le point de départ de la leucorrhée par tous les moyens d'investigation qui sont en notre pouvoir, et à l'aide desquels on peut parvenir à un degré de précision qui laisse peu à désirer.

Il serait hors de propos de rappeler ici les signes de la vulvite et de la vaginite, et d'exposer les symptômes de la métrite et les caractères des diverses affections dont l'utérus et ses annexes peuvent devenir le siége. Mais nous ne saurions trop recommander, toutes les fois qu'il est possible et applicable, l'examen au spéculum, qui permet de voir sans obstacles la source même de la leucorrhée et de constater le point de départ de ses divers produits.

Lorsque le spéculum est introduit jusqu'au fond du vagin, on essuie soigneusement le museau de tanche et la muqueuse vaginale à l'aide d'une boule de coton ou de charpie, et bientôt on voit reparaître de nouvelles mucosités. Si elles proviennent de la cavité utérine, elles s'écoulent, sous forme de gouttes larges et épaisses, par l'orifice utéro-vaginal; si elles sont fournies par la muqueuse qui recouvre le museau de tanche, ou par celle qui tapisse le vagin, le liquide ne se reproduit pas immédiatement; ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'on voit la muqueuse se recouvrir d'une nouvelle couche de mucosités.

Nous n'avons pas à traiter spécialement de l'étiologie, des signes, de la marche, du diagnostic, du pronostic et du traitement de la leucorrhée. Au point de vue auquel nous nous plaçons, c'est-à-dire en la considérant comme un symptôme, il est clair que, pour compléter son étude, nous n'avons qu'à renvoyer le lecteur à l'histoire des différentes affections qui s'accompagnent de flueurs blanches.

Cependant nous n'achèverons pas ce chapitre sans dire quelques mots du rôle important que les partisans de la leucorrhée idiopathique ont fait jouer au tempérament lymphatique, à la constitution scrofuleuse, à l'état chloro-anémique et à la diathèse herpétique, dans le développement de cette variété de leucorrhée.

On ne saurait nier l'influence du lymphatisme et de la scrofule sur la production des flueurs blanches; mais nous ne croyons pas que ce soit là un résultat direct de ces formes de tempérament. On sait avec quelle facilité se développent les phlegmasies chroniques des muqueuses chez les sujets strumeux, témoin l'ophthalmie dite scrofuleuse. Or, est-il jamais venu à personne l'idée de considérer et de

traiter ce genre d'ophthalmie autrement que comme une inflammation de la conjonctive et de ses follicules? Pourquoi donc ce qui est vrai pour la muqueuse oculaire ne le serait-il pas pour la muqueuse utéro-vaginale? Pourquoi le lymphatisme et la scrofule ne produiraient-ils pas aussi bien la métrite ou la vaginite chronique que la blépharo-conjonctivite? Nous pensons, en effet, que telle est la véritable pathogénie des leucorrhées si fréquentes chez les femmes d'un tempérament ultra-lymphatique.

On pourrait encore invoquer en faveur de la leucorrhée idiopathique l'âge auquel apparaît quelquefois cet écoulement. Ainsi on l'observe, dira-t-on, chez des enfants, des jeunes filles impubères. Cette objection n'a plus de valeur depuis que nous avons démontré, par des faits nombreux, que la métrite et la vaginite peuvent n'épargner aucun âge, et qu'elles se manifestent parfois chez les enfants et les filles vierges, sous l'influence du tempérament ou de certaines causes assez difficiles à apprécier.

Lisfranc a insisté d'une manière toute spéciale sur l'influence du café au lait dans la production des flueurs blanches. Les observations qu'il cite à l'appui de cette opinion la mettent hors de doute. Maintes fois aussi nous avons eu l'occasion de vérifier la justesse de l'observation de Lisfranc à cet égard. Une particularité curieuse, et qui avait été constatée également par l'ancien chirurgien de la Pitié, c'est que l'usage isolé du lait et du café ne produit point sur l'utérus le même effet que le mélange des deux substances.

Comment interpréter le phénomène que nous signalons en ce moment? Nous pensons que l'explication la plus satisfaisante consiste à admettre que le café au lait exerce sur la muqueuse utérine, chez certaines femmes, une action spéciale, analogue à celle que le même mélange exerce sur la muqueuse intestinale de quelques personnes auxquelles le café au lait donne presque invariablement la diarrhée, et qui prennent sans inconvénient le café ou le lait isolément.

Il est évident que l'examen de la matière leucorrhéique ne saurait par lui-même servir de base au pronostic ; il n'y conduit que d'une manière indirecte, par les données qu'il fournit au diagnostic. On conçoit dès lors que le pronostic varie suivant que la leucorrhée est liée, soit à une métrite interne, soit à une vaginite, soit à une lésion

organique de la matrice, en un mot, à quelqu'une des affections dont nous tracerons ultérieurement l'histoire.

Plus haut, en discutant sur la nature de la leucorrhée, nous avons dit combien la solution de cette question importe à la thérapeutique des affections utérines; nous avons cherché à montrer à quelles méprises s'exposent ceux qui, considérant la leucorrhée comme une maladie, lui appliquent un traitement spécial. Fidèles aux principes que nous avons émis, nous croyons qu'il n'existe point pour les fleurs blanches une thérapeutique particulière, mais qu'il faut varier les médications suivant la nature bien constatée des lésions dont elle est le symptôme.

Cependant il est une question qui trouve ici sa place et que nous ne devons pas négliger, vu l'importance que lui ont accordée certains auteurs, et Lisfranc en particulier: c'est celle de savoir s'il est toujours opportun et s'il n'est pas quelquefois dangereux de faire cesser l'écoulement leucorrhéique. Suivant quelques médecins, en effet, ce n'est pas impunément qu'on supprime le flux habituel des pertes blanches chez certaines femmes présentant les attributs de la diathèse tuberculeuse. Il est incontestable qu'on a vu parfois les symptômes de la phthisie pulmonaire se manifester rapidement ou prendre une marche plus prompte à la suite de la suppression de la leucorrhée. Lisfranc a rapporté des faits à l'appui de cette opinion.

Il ressort de là qu'avant de chercher à guérir la leucorrhée, il importe d'étudier avec soin la constitution des malades et leurs prédispositions organiques, et d'explorer avec attention l'appareil respiratoire. Si l'on découvre les signes d'une tuberculisation commençante, il faut en général ne pas faire disparaître la leucorrhée. On ne s'écarte de ce précepte que dans le cas où les lésions utérines sont d'une telle gravité, qu'elles compromettent la vie des malades d'une manière plus immédiate encore que la lésion pulmonaire. Mais, dans ces circonstances exceptionnelles, le traitement doit être conduit avec une extrême prudence, de façon à ne pas supprimer trop brusquement la leucorrhée, ou même à modérer plutôt qu'à faire entièrement cesser cet écoulement.

CHAPITRE VI.

GÉNÉRALITÉS SUR L'INFLAMMATION DE L'UTÉRUS.

Définition. — *Métrite* est une expression générique qui s'applique à l'inflammation de l'utérus, quels que soient son siége, ses formes et ses degrés.

Fréquence. — Ce que nous avons dit, dans un des précédents chapitres, touchant la fluxion et la congestion de la matrice, suffit pour faire pressentir combien cet organe est sujet à s'enflammer; aussi la métrite peut-elle être regardée à bon droit comme une des maladies les plus communes des organes génitaux. Sa fréquence varie suivant les différentes périodes de la vie, ainsi que nous l'exposerons à propos de l'influence étiologique de l'âge.

Divisions. — La métrite peut être partielle ou générale, aiguë ou chronique, puerpérale ou non puerpérale, simple ou compliquée.

La métrite *générale* est constituée par l'inflammation de toutes les parties de l'utérus, col et corps, membrane muqueuse et tissu propre.

La métrite *partielle* est celle qui affecte un siége limité à une région de l'utérus ou à l'un de ses tissus constitutifs. Ainsi, l'inflammation occupe isolément, tantôt le col de la matrice, tantôt le corps: d'où la *métrite du col* et la *métrite du corps*. Cette sorte d'indépendance pathologique correspond à l'indépendance déjà signalée dans les dispositions anatomiques de chacune de ces parties et dans les fonctions qui leur sont dévolues. Le corps et le col de l'utérus reçoivent, en effet, des vaisseaux et des nerfs d'une origine différente; la muqueuse qui tapisse leur cavité ne présente pas la même texture, et ils prennent à l'évolution de la grossesse une part distincte.

Quand l'inflammation occupe la membrane muqueuse qui couvre le museau de tanche ou la portion intra-vaginale du col utérin, elle prend le nom de *métrite externe*.

Si l'inflammation s'étend à la membrane qui tapisse la cavité du col ou du corps de l'utérus, elle forme la *métrite interne* ou *endométrite*.

Nous désignons, avec d'autres auteurs, sous la dénomination de

métrite parenchymateuse, l'inflammation qui intéresse le tissu propre de la matrice.

La métrite partielle est bien plus fréquente que la métrite générale; la métrite du col, plus commune que la métrite du corps. On a cru longtemps que la métrite externe était bien plus ordinaire que la métrite interne. L'observation rigoureuse a prouvé qu'il y avait là une erreur ou au moins une exagération; la vérité est que la métrite interne du col est très-fréquente et accompagne souvent la métrite externe. Quant à la métrite parenchymateuse, elle est de beaucoup la plus rare.

La métrite *aiguë* est celle dont les périodes se succèdent rapidement, dont les phénomènes locaux sont le plus accentués, et qui s'accompagne d'une réaction générale plus ou moins intense.

Elle s'observe quelquefois en dehors de l'état puerpéral; mais elle survient le plus souvent à la suite des couches, et même elle constitue un des éléments de la fièvre puerpérale.

La métrite *chronique*, infiniment plus fréquente que la métrite aiguë, reconnaît les causes les plus diverses, suit une marche lente, peut devenir le point de départ d'altérations plus profondes, et se montre longtemps rebelle aux moyens thérapeutiques. Ce qui contribue souvent à la rendre plus réfractaire, c'est qu'il n'est pas rare qu'elle reste latente durant des mois ou des années et qu'elle n'attire que très-tardivement l'attention des malades.

La métrite *puerpérale* est celle qui se manifeste chez les femmes récemment accouchées, dans le cours du premier septénaire. Elle affecte habituellement, comme nous l'avons dit, la forme aiguë ou la forme subaiguë; mais elle peut aussi ne s'accompagner que de phénomènes de réaction très-modérés, et revêtir, dès le début, les caractères de la métrite chronique.

Lorsque la métrite se montre dans une période plus avancée, quinze ou vingt jours après l'accouchement, elle constitue la métrite *postpuerpérale*. Quelquefois aiguë, elle est le plus ordinairement subaiguë ou chronique. Il importe de savoir que beaucoup de métrites procèdent de cette origine, ainsi qu'on peut en acquérir la preuve en interrogeant avec soin les malades.

Cette recherche attentive permettra de réduire le nombre des métrites non puerpérales. Celles-ci sont fréquentes assurément, mais elles ne le sont pas autant que certains auteurs l'ont prétendu.

Rarement la métrite est simple, c'est-à-dire libre de toute complication. Cette vérité, longtemps méconnue, est aujourd'hui acceptée et proclamée par la majorité des gynécologistes. Dès le début de nos recherches, nous nous sommes efforcés de le mettre en lumière et de faire voir toute son importance pratique. En effet, les phlegmasies utérines s'accompagnent souvent de lésions congestives ou inflammatoires dans les organes ou les tissus voisins : de là une cause d'aggravation pour la métrite et une source féconde d'indications thérapeutiques.

Quelquefois les complications se montrent dans des organes ou dans des systèmes organiques plus éloignés (estomac, cœur, centres nerveux, etc.); elles peuvent alors facilement en imposer, masquer les caractères de la maladie principale, et finalement déjouer toutes les tentatives de la thérapeutique.

On verra par les développements que nous donnerons plus tard à cette donnée pathologique, que sa détermination précise constitue un des progrès les plus considérables de la gynécologie dans ces derniers temps.

Étiologie. — Les causes de la métrite étant à peu près les mêmes, quel que soit son siége, quelle que soit sa forme, nous allons les étudier d'une manière générale, avant d'aborder l'histoire de chacune des divisions qui viennent d'être établies. Nous éviterons ainsi bien des redites inutiles et des répétitions fastidieuses.

1° *Causes prédisposantes.* — L'âge est, sans contredit, la première des causes prédisposantes des phlegmasies utérines. Son influence ne saurait être contestée ; et c'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord. On peut se faire une idée de la fréquence de la métrite aux différentes époques de la vie en jetant un coup d'œil sur ce tableau, qui donne les âges de 300 malades, non point au début de la métrite (dont il est généralement difficile de fixer la date), mais au moment où elles se sont présentées à notre observation.

De 10 à 15 ans.	De 15 à 20 ans.	De 20 à 25 ans.	De 25 à 30 ans.	De 30 à 35 ans.	De 35 à 40 ans.	De 40 à 45 ans.	De 45 à 50 ans.	De 50 à 55 ans.	De 55 à 60 ans.
2	33	77	78	47	36	13	11	2	1

Ce résultat n'est-il pas en parfaite harmonie avec les conditions physiologiques de l'utérus dans les différents âges? Que se passe-t-il, en effet, chez les femmes, depuis la naissance jusqu'à la vieillesse?

Ainsi que nous l'avons dit dans nos généralités physiologiques, pendant toute l'enfance l'utérus n'a aucune fonction à remplir; il sommeille, pour ainsi parler, dans une complète inactivité, et aucun phénomène ne vient révéler encore son existence.

Mais, à l'époque de la puberté, les organes générateurs deviennent tout à coup le siége d'une vitalité considérable; et, par un développement rapide, ils sortent de l'état rudimentaire où ils étaient demeurés durant les premières années de la vie. En même temps que s'établit la menstruation, la jeune fille entre dans une phase nouvelle; une révolution s'opère en elle, qui lui annonce son aptitude à devenir mère. La fluxion physiologique, dont l'utérus va être périodiquement le foyer, peut devenir le point de départ d'une congestion morbide et, par suite, de l'inflammation même de l'organe.

Il suffit de regarder notre tableau pour se convaincre aisément que les phlegmasies utérines ont leur maximum de fréquence de quinze à quarante-cinq ans, c'est-à-dire pendant la période de la vie de la femme que nous avons appelée *menstruelle* ou *génitale*. Et, dans cette période, quel est l'âge où la femme est le plus exposée à la métrite? C'est de vingt à trente ans, précisément à l'âge où les fonctions génératrices s'accomplissent avec le plus d'activité, où les rapports sexuels sont le plus fréquents et où les grossesses sont le plus nombreuses.

Puis, avec l'époque critique et la cessation du flux menstruel, l'utérus perd son activité fonctionnelle, il rentre, pour ainsi dire, dans le repos; et son inflammation redevient très-rare. Il est aisé de suivre sur notre tableau cette sorte de déclin de l'aptitude aux phlegmasies utérines, qui s'opère progressivement de trente à soixante ans.

Quoi qu'il en soit, n'oublions pas que la métrite, pouvant se rattacher, ainsi que nous allons le voir, à bien d'autres causes que la menstruation, se montre encore aux diverses époques de la vie. L'âge agit à la manière de toutes les causes prédisposantes, il n'exerce d'influence que sur le degré de fréquence de la maladie.

Il serait bien difficile d'apprécier d'une manière exacte la part d'action qui revient au *tempérament* dans la genèse des phlegmasies

utérines. Cependant il est certain que les femmes douées d'un tempérament lymphatique et celles dont le sang est appauvri y sont plus exposées que les femmes d'un tempérament sanguin : ce qui semble pouvoir s'expliquer par les troubles ou l'irrégularité de la fonction menstruelle chez les premières.

Il n'est pas aussi bien établi que la métrite soit plus commune chez les femmes blondes que chez les autres, quoi qu'en aient dit quelques auteurs.

Certaines femmes, sans cause bien déterminée, et probablement en raison de leur *idiosyncrasie,* paraissent plus disposées que d'autres à contracter la métrite.

Nous n'irons pas jusqu'à affirmer que la métrite soit *héréditaire;* mais nous avons vu des faits extraordinaires qui peut-être nous autorisent à admettre, pour certains cas, ce que nous appellerions volontiers une disposition organique, une aptitude de famille. Ainsi, nous avons donné nos soins à la fois à la mère et à la fille, à deux ou trois sœurs, atteintes de métrite. Sans doute, il n'y a point là d'hérédité au même titre que pour la phthisie, la scrofule, le cancer, etc.; mais nous ne pensons pas non plus que ces faits soient dus à de simples coïncidences.

La métrite frappe indistinctement toutes les femmes, à quelque rang de la société qu'elles appartiennent et quelle que soit leur *profession.* Toutefois on ne saurait nier qu'elle ne soit plus commune chez les indigentes, qui subissent souvent la double influence de la misère et du vice, et chez les femmes dont la vie est trop sédentaire ou trop molle.

Le *régime alimentaire* habituel est-il sans influence sur l'apparition de la métrite? Envisagée d'une manière générale, l'alimentation peut agir assurément comme une cause prédisposante sur le développement de cette inflammation, ainsi qu'elle agit sur le développement de toutes les phlegmasies, c'est-à-dire en imprimant à la constitution des modifications qui la rendent plus accessible aux agents morbifiques. Mais existe-t-il des aliments qui exercent une action particulièrement nuisible sur l'utérus? Quelques auteurs l'ont affirmé; et, parmi ces aliments, ils ont signalé surtout le café au lait, qui occasionne de la leucorrhée, sans que l'usage isolé du café et du

lait produise le même effet. L'écoulement leucorrhéique détermine à son tour une inflammation de la muqueuse interne et externe du museau de tanche. Lisfranc a beaucoup insisté sur ce point, qu'il est important de noter, en vue de la médecine préventive. En traitant de la prophylaxie des phlegmasies utérines, nous reviendrons sur le régime qui convient aux femmes, et particulièrement aux jeunes filles.

L'abus des substances stimulantes, — et particulièrement de celles qui portent plus spécialement leur action sur les organes génitaux, comme les emménagogues, — ou de certaines pratiques, — comme les injections vaginales astringentes, les bains de siége chauds, les pédiluves, — pourra quelquefois provoquer vers l'utérus une fluxion dangereuse.

Il faut signaler encore, comme pouvant avoir une influence sur le développement des phlegmasies utérines, l'usage des *vêtements* qui exercent une trop grande constriction autour du corps. Il est incontestable que l'abus des corsets trop serrés peut amener une gêne dans la circulation pelvienne, et une stase sanguine dans les organes génitaux internes.

Les troubles de la circulation générale, dépendant d'une affection organique du cœur, ne nous paraissent pas avoir sur la production de la métrite une influence très-marquée : parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies, cette lésion n'existait que dans deux ou trois cas. Mais si les maladies organiques du cœur ne sont pas susceptibles de faire naître la phlegmasie utérine, elles l'aggravent ou la rendent plus rebelle, plus réfractaire au traitement, par l'état de congestion qu'elles provoquent ou qu'elles entretiennent dans l'utérus comme dans les autres viscères.

Les affections de l'estomac peuvent, en déterminant des troubles de nutrition et l'appauvrissement du sang, occasionner secondairement une irritation inflammatoire dans la muqueuse utérine.

Doit-on accorder quelque part étiologique dans la production de la métrite à certaines diathèses, telles que la diathèse tuberculeuse, la diathèse herpétique, la diathèse scrofuleuse, le vice rhumatismal? L'influence de ces diathèses, si elle existe, est peu démontrée, et même

jusqu'ici nous n'avons pas très-souvent observé la métrite chez les femmes tuberculeuses.

Telles sont les causes prédisposantes qui agissent avec le plus d'activité et dont l'action est le mieux connue. Il en est d'autres, dont l'étude est plus difficile à faire et qui n'ont pas, au même degré, fixé l'attention des praticiens; nous ne ferons que les signaler. Nous voulons parler du séjour dans les grandes villes, des climats tempérés et des saisons froides, qui passent, avec raison, pour exercer un certain degré d'influence sur le développement de la métrite.

2° *Causes déterminantes.* — Les causes déterminantes ou occasionnelles de la métrite sont fort nombreuses et très-variées; nous ne nous arrêterons que sur les plus importantes.

Et ici nous retrouvons encore la *menstruation*, que nous avons déjà vue figurer, à propos des âges, parmi les causes prédisposantes. La fluxion sanguine qui s'opère, chaque mois, vers l'utérus, peut, dans quelques circonstances, et à l'aide de causes accessoires qu'il n'est pas toujours facile de déterminer, prendre le caractère d'une congestion inflammatoire et provoquer tous les symptômes d'une métrite. La menstruation, quand elle est régulière, lorsque rien ne vient troubler son cours, agit rarement d'une manière aussi funeste; mais qu'un agent quelconque, mécanique ou moral, vienne soit augmenter, soit diminuer le flux sanguin, qu'il en trouble le cours ou qu'il l'interrompe, et alors la femme peut être atteinte, dans un délai plus ou moins rapide, des accidents d'une inflammation aiguë ou chronique, générale ou partielle, de la matrice.

La *grossesse* agit sur le développement de cette inflammation par l'état de congestion active qu'elle entretient si longtemps dans l'utérus.

L'*accouchement* naturel ou artificiel est, avec les troubles de la menstruation, l'origine la plus ordinaire de la métrite. Indépendamment du molimen congestif, dont il devient alors le siége, l'utérus est exposé, pendant et après l'acte de la parturition, à toutes sortes d'influences capables de l'enflammer, comme la lenteur du travail, les manœuvres exercées pour opérer l'expulsion du fœtus ou du délivre, la rétention du placenta, la suppression des lochies et de la

sécrétion laiteuse, etc. Il n'est point nécessaire d'ajouter que la métrite consécutive à l'accouchement est d'autant plus à redouter que celui-ci a été plus laborieux et a réclamé des manœuvres plus longues et plus violentes.

L'*abstention de l'allaitement* doit figurer sans contredit parmi les causes les plus fréquentes de la métrite. L'explication de ce fait est facile à donner. La sécrétion lactée exerce vers les glandes mammaires une action dérivative qui a pour effet de diminuer le mouvemen fluxionnaire dont l'utérus est le siége. Il est évident que si cette dérivation est interrompue, le tissu utérin est exposé à subir sans contre-poids l'influence de l'état congestif exagéré qui succède à l'accouchement.

L'*avortement* et les tentatives de tout genre qu'on exécute pour le pratiquer sont souvent des causes de métrite.

Les *corps étrangers* dans la matrice, tels que polypes, tumeurs fibreuses, exercent une action analogue à celle que nous avons attribuée plus haut à la grossesse.

Les *rapports sexuels* trop répétés, un défaut de proportion entre les organes génitaux, l'onanisme, le séjour ou l'introduction de corps étrangers solides dans le vagin, l'usage des pessaires, des éponges, etc., peuvent déterminer l'inflammation de l'utérus, soit en agissant mécaniquement sur son tissu, soit par la congestion sanguine qu'ils appellent et qu'ils entretiennent vers cet organe, ainsi qu'on le verra dans quelques-unes de nos observations.

Nous en dirons autant, et, à plus forte raison, des opérations pratiquées sur le col utérin ou dans la cavité du corps, telles que le débridement de l'orifice utéro-vaginal, les cautérisations, le cathétérisme, et surtout l'application du redresseur de Simpson, etc.

Les *chutes* sur le bassin ou sur le ventre, les coups, les chocs, les violences de tout genre dans la région hypogastrique ou vaginale, peuvent être la source de phlegmasies utérines.

Les *désirs vénériens* non satisfaits et le *célibat* ne sont peut-être pas sans influence sur le développement de la métrite ; mais nous ne possédons aucun fait qui puisse l'établir incontestablement.

Parmi les causes nombreuses que nous venons d'énumérer, il en est qui peuvent agir aussi bien sur les jeunes filles que sur les femmes mariées. Lisfranc, MM. Duparcque et Bennet ont rapporté des exemples de métrite chez des vierges ; nous-mêmes nous en avons observé des cas assez nombreux pour affirmer que ce fait est loin d'être aussi rare qu'on le croit généralement. Il importe donc de combattre une erreur, ou, pour mieux dire, un préjugé que beaucoup de médecins partagent avec les gens du monde, et qui peut devenir si funeste à l'honneur et à la santé des jeunes personnes.

Nous ajouterons que la forme de métrite la plus commune chez les jeunes filles, c'est la métrite interne, dont l'origine est essentiellement congestive ; tandis que la métrite du col, qui se rattache si souvent à des influences mécaniques ou au travail de la parturition, est plus particulièrement l'apanage des femmes mariées et surtout des femmes qui ont eu des enfants.

Les détails dans lesquels nous venons d'entrer, à propos de l'étiologie de la métrite, expliquent pourquoi elle se montre si rarement, soit avant, soit après la période menstruelle ; pourquoi elle est plus fréquente chez les femmes mariées que chez les vierges ; pourquoi elle se développe plus souvent chez les femmes qu ont eu des enfants que chez les femmes stériles.

Les *déviations utérines* peuvent-elles, par elles-mêmes, et sans l'intervention d'une autre cause, donner naissance à la métrite? Nous n'hésitons pas à l'admettre ; mais nous sommes loin de penser qu'elles aient sur le développement de cette affection l'influence prépondérante que certains auteurs leur ont attribuée. Le plus souvent, en effet, c'est une question fort difficile à résoudre. Ainsi, dans les cas où il existe simultanément une déviation et une métrite, on ne peut pas toujours dire laquelle des deux lésions a précédé l'autre. Toutefois on ne saurait nier que les changements survenus dans la direction et la position de l'utérus ne jouent un rôle dans la production de la métrite, soit en gênant la circulation utérine, soit en apportant quelque obstacle à la menstruation, soit enfin en mettant en jeu la sensibilité de l'utérus et de ses annexes.

La *constipation* habituelle, les *tumeurs* développées hors de l'utérus et dans son voisinage, en comprimant les vaisseaux intra-pelviens, provoquent ou entretiennent l'inflammation de l'utérus.

Les *phlegmasies péri-utérines* peuvent exercer une triple influence sur les conditions anatomiques et fonctionnelles de la matrice : entraver sa circulation, à la manière des autres tumeurs, entretenir un foyer de congestion vers l'organe, et enfin lui communiquer le travail inflammatoire par voie de contiguïté ou de voisinage. Du reste, cette influence des phlegmasies péri-utérines sur la métrite est réciproque, la métrite réagissant à son tour sur les phlegmasies péri-utérines. C'est cette étroite solidarité pathologique qui explique pourquoi ces deux phlegmasies se compliquent si souvent l'une l'autre.

La *vaginite*, soit simple, soit blennorrhagique, peut aussi devenir le point de départ d'une métrite par propagation ; mais, dans ce cas, la phlegmasie demeure presque toujours bornée au col et particulièrement à sa surface externe.

Plus rarement on voit l'inflammation se propager du rectum ou de la vessie à l'utérus : la réciproque s'observe plus fréquemment.

La *suppression* d'un exutoire, de la transpiration cutanée, d'une hémorrhagie habituelle, peut devenir une cause de métrite.

Les *émotions morales* vives, les chagrins prolongés, une frayeur soudaine, l'annonce brusque d'une mauvaise nouvelle, une joie immodérée etc., sont également susceptibles de donner naissance à des phlegmasies utérines, surtout pendant l'époque menstruelle.

Il en est de même des *variations de la température*, dont l'action peut se faire sentir sur l'utérus aussi bien que sur les autres organes, et qui, en portant le trouble dans les fonctions circulatoires, déterminent des congestions viscérales promptement inflammatoires. Ces causes, il est facile de le comprendre, agissent principalement d'une manière funeste, soit à la suite des couches, soit pendant la période du flux menstruel. Dans les mêmes conditions on doit aussi redouter l'action perturbatrice des bains froids et des bains de mer.

Pour résumer toute notre pensée sur l'étiologie de la métrite, nous dirons que *tout ce qui est susceptible de déterminer ou d'entretenir une congestion sanguine du côté des organes de la génération peut devenir une cause d'inflammation utérine*.

Les développements que nous avons consacrés précédemment (chap. IV) à la fluxion et à la congestion utérines nous dispensent de nous étendre plus longuement sur ce sujet.

CHAPITRE VII.

DE LA MÉTRITE AIGUË.

Définition. — La *métrite aiguë* est l'inflammation de l'utérus, caractérisée par des phénomènes de réaction locale et générale, constants, mais variables dans leur intensité.

Divisions. — Cette forme de métrite se présente avec une physionomie un peu différente suivant qu'elle survient à la suite des couches ou qu'elle se développe hors de l'état puerpéral.

De là deux variétés de métrite aiguë, que nous décrirons séparément : — 1° la *métrite aiguë simple*, ou *non puerpérale*; 2° la *métrite aiguë puerpérale.*

ARTICLE PREMIER.

DE LA MÉTRITE AIGUË NON PUERPÉRALE.

Anatomie pathologique. — La métrite aiguë simple et non puerpérale se termine si rarement par la mort, que la science ne possède guère que des documents insuffisants pour tracer les caractères anatomiques de cette affection. Quant à nous, dans tout le cours de notre pratique, nous n'avons pas trouvé une seule occasion de faire une autopsie de ce genre, et nous croyons que la plupart des observateurs sont réduits à un pareil aveu. Cependant voici les lésions observées dans les rares circonstances où des femmes, atteintes de métrite aiguë, ont succombé à une autre maladie grave intercurrente, le plus souvent étrangère à la phlegmasie utérine.

Dans quelques cas l'inflammation était bornée à la muqueuse. On trouvait alors dans la cavité utérine une quantité variable de mucus épais et filant, tantôt pur, tantôt mélangé de sang ou de pus. La membrane muqueuse, débarrassée de ce produit de sécrétion, paraissait rouge et finement injectée. On y rencontrait aussi çà et là, mais exceptionnellement, des ulcérations très-superficielles. Enfin, quelques auteurs ont signalé la présence de fausses membranes sur

la face interne de l'utérus. La muqueuse, boursouflée et plus friable, se détachait plus aisément qu'à l'état normal du tissu sous-jacent.

Dans les cas où l'inflammation franchit l'épaisseur de la muqueuse et gagne le tissu propre de la matrice, l'organe tout entier est augmenté de volume et de poids (*métrite parenchymateuse*). Le parenchyme utérin est plus dense et plus friable qu'à l'ordinaire : il est d'un rouge plus ou moins foncé, suivant le degré d'hypérémie dont il est le siége.

Du pus a été trouvé dans le tissu propre de la matrice enflammé. Ce liquide était tantôt infiltré, tantôt réuni en un ou plusieurs foyers, dont le volume variait depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noix. La collection purulente était, ou enkystée dans l'épaisseur même des parois utérines, ou en communication avec la cavité de l'organe. Le tissu utérin était ramolli et d'une couleur grisâtre ou sanieuse.

M. Scanzoni a cité un cas d'abcès développé dans les parois de l'utérus et ouvert à la paroi antérieure de l'abdomen. M. Bird a rapporté, dans le *the Lancet* (1843), un exemple d'abcès de la paroi postérieure de l'utérus ouvert dans le rectum. De pareils faits ne doivent être acceptés que sous bénéfice d'inventaire ; et le mode d'ouverture des abcès nous porte à penser qu'il s'agissait plutôt ici de phlegmasies péri-utérines suppurées : — soit pelvi-péritonite, soit ovarite, soit phlegmon rétro-utérin.

Bien que nous venions de signaler, sur la foi des auteurs, la présence du pus dans la métrite parenchymateuse aiguë simple, nous ne l'admettrons qu'avec une réserve excessive, tant nous considérons cette lésion comme rare en dehors de l'état puerpéral. En effet, la suppuration se montre surtout dans la métrite des femmes en couches, dont nous parlerons dans l'article suivant.

Symptomatologie. — Comme toutes les maladies inflammatoires aiguës, la métrite s'annonce par des frissons, auxquels succède une réaction générale, caractérisée par la chaleur de la peau, l'accélération du pouls, la perte de l'appétit, et ordinairement une soif vive. Presque aussitôt le bas-ventre devient tendu et douloureux. La douleur, bornée d'abord à la région utérine, ne tarde pas à se répandre dans les flancs, dans les reins, et à envahir tout l'abdomen. Elle acquiert parfois une telle acuité, qu'elle rend toute pression et même tout contact insupportables.

Le vagin est le siége d'une chaleur âcre et brûlante, principalement dans le voisinage de l'utérus. Très-souvent le toucher vaginal est impossible en raison de l'excès des souffrances qu'il provoque. Alors il est prudent de ne pas insister sur une exploration qui serait sans utilité pour le médecin et qui ne serait pas sans danger pour la malade.

L'hyperesthésie morbide des parois abdominales et du vagin ne permet donc point d'apprécier convenablement les dimensions de l'utérus ; mais si la phlegmasie est intense et si elle envahit à la fois tous les éléments anatomiques de l'organe, il est à présumer que son volume s'est accru, conformément à cette loi de physiologie pathologique en vertu de laquelle toute inflammation s'accompagne de la tuméfaction des tissus malades.

Dans le principe, aucun écoulement ne s'opère par la vulve ; mais, à mesure que la phlegmasie augmente, il s'écoule une quantité variable de muco-pus, parfois mêlé de sang.

Quand le travail inflammatoire atteint ce degré d'intensité, les souffrances se montrent plus vives ; et de continues qu'elles étaient au début, elles se manifestent par des exacerbations et des crises violentes, avec tous les caractères des douleurs dites *expulsives*. En même temps les malades éprouvent des pesanteurs dans le bassin et y sentent des battements profonds, isochrones aux pulsations artérielles. Tantôt les envies d'uriner sont fréquentes et la miction est douloureuse ; tantôt il y a rétention d'urine. Ce liquide est ordinairement peu abondant, épais, d'une teinte rouge briquetée.

La constipation est habituelle et les garderobes provoquent ou augmentent les douleurs.

La métrite aiguë s'accompagne souvent de nausées et de vomissements.

La peau est chaude ; le pouls accéléré, moins petit, moins concentré que dans la péritonite, comme l'avaient observé déjà les anciens. Ces caractères du pouls appartiennent à la fois à la métrite et aux phlegmasies péri-utérines aiguës. La respiration est gênée, anxieuse, plus fréquente qu'à l'état normal.

Marche, durée, terminaisons. — Tous ces phénomènes persistent avec la même intensité pendant plusieurs jours ; puis, vers la fin du premier ou du second septénaire, ils vont en diminuant, et se dissipent à la fin du deuxième ou du troisième septénaire.

Quand les symptômes locaux et les signes de réaction générale vont ainsi en déclinant, parallèlement et d'une manière régulière, on peut prévoir que la métrite se terminera par résolution ou par le passage à l'état chronique.

La résolution s'annonce par la complète disparition des symptômes morbides : mais si, au lieu de se dissiper entièrement vers la fin du troisième septénaire, ces phénomènes persévèrent, pendant quelque temps encore, à un faible degré, il est à craindre que la métrite ne revête la forme chronique.

La métrite aiguë non puerpérale peut-elle se terminer par suppuration ou par gangrène? Nous ne voulons pas nier la possibilité de ces deux autres modes de terminaison, mais nous n'en connaissons pas d'exemple.

Diagnostic. — La métrite aiguë peut être confondue avec les phlegmasies péri-utérines (ovarite, pelvi-péritonite, phlegmon péri-utérin), et avec la cystite.

Il importe de bien distinguer la métrite aiguë d'avec la péritonite, non pas en vue du traitement, qui doit être à peu près semblable dans les deux cas, mais en raison des conséquences si différentes qu'entraînent ces deux affections. En effet, la péritonite, convenablement traitée, aboutit à une entière guérison et se termine le plus souvent par une résolution franche ; tandis que la métrite a plus de tendance à prendre la forme chronique. Si l'on ne surveille attentivement le déclin de la maladie, ce passage à l'état chronique peut s'effectuer d'une manière latente et sans être soupçonné. Il est donc de toute nécessité de s'assurer, par une exploration directe, s'il existe une métrite, dès que les douleurs du début sont calmées et que le toucher vaginal peut se pratiquer sans danger.

On distingue la métrite aiguë de la péritonite partielle, en ce que, dans cette dernière affection, la douleur est plus vive, plus aiguë et plus superficielle ; la paroi du ventre est plus tendue ; le pouls est moins élevé, plus fréquent et surtout plus concentré. Dans la péritonite, il n'y a jamais ce sentiment de douleurs expulsives, généralement suivies d'un écoulement, par la vulve, de matières muco-purulentes, et parfois sanguinolentes, qu'on observe dans la métrite aiguë.

Dans le phlegmon péri-utérin ou dans l'ovarite aiguë, la douleur peut se généraliser ; mais elle est habituellement partielle au début,

et, au lieu de commencer dans la région utérine même, sur la partie moyenne de l'hypogastre, elle part d'un des côtés, ou bien encore elle y présente son maximum d'intensité. Cependant la douleur peut siéger sur la ligne médiane, quand le phlegmon est rétro-utérin. Mais dans cette dernière phlegmasie, comme dans la péritonite, on n'observe point de douleurs expulsives ni d'écoulement vaginal caractéristique, à moins que le phlegmon ne se complique de métrite aiguë, ce qui n'est pas rare.

La cystite se distingue de la métrite aiguë par les troubles fonctionnels propres à la vessie et par les altérations chimiques de l'urine, pathognomoniques de l'inflammation de la muqueuse vésicale.

Pronostic. — La métrite aiguë non puerpérale n'a pas beaucoup de gravité par elle-même, mais elle peut en acquérir par les lésions qui l'accompagnent et surtout par la péritonite, qui est la plus fréquente et la plus sérieuse de ces complications. On comprend, du reste, que la gravité de cette affection doit varier suivant qu'elle envahit une partie seulement ou bien la totalité de l'utérus. Si elle n'atteint que le col, par exemple, elle est bien moins sujette à se compliquer de péritonite que si elle occupe le corps.

Traitée d'une manière convenable, la métrite aiguë se termine par résolution dans le plus grand nombre des cas. Abandonnée à elle-même ou soumise à un traitement insuffisant, elle passe à l'état chronique. Nous n'avons jamais vu la métrite aiguë non puerpérale, sans complications, se terminer par la mort.

Thérapeutique. — Le traitement de la métrite aiguë consiste d'abord et généralement dans l'emploi des émissions sanguines, qu'il faut proportionner toujours à la force du sujet, à l'intensité des phénomènes locaux et de la réaction générale. — Au début, on doit avoir recours à la saignée générale, toutes les fois qu'elle n'est point contre-indiquée par la faiblesse de la constitution des malades. Une ou deux saignées de 200 à 300 grammes, suivies, si c'est nécessaire, de quelques applications de sangsues sur l'hypogastre, suffisent très-souvent pour enrayer la marche des accidents. Si la malade est faible, on doit préférer les sangsues aux saignées générales. Les ventouses scarifiées peuvent être utiles vers la fin du traitement, lorsque les saignées et les sangsues ne paraissent plus avoir d'action sur la marche de la maladie. En même temps

il convient de faire pratiquer sur le bas-ventre des onctions avec l'onguent mercuriel belladoné (125 à 200 grammes, en vingt-quatre heures).

Les émollients sont aussi d'un emploi très-avantageux, soit au moment où la réaction commence à tomber, soit dès le début, pour suppléer aux émissions sanguines quand les forces de la malade ne permettent pas d'y recourir.

Les bains, les calmants à l'intérieur et à l'extérieur, les laxatifs, les lavements adoucissants, les boissons délayantes, la diète absolue, le repos, la position horizontale, sont autant de moyens qui trouvent parfaitement leur application dans le traitement de la métrite aiguë comme dans celui de la plupart des phlegmasies abdominales.

Il est quelquefois nécessaire aussi de faire usage des dérivatifs et même des révulsifs, lorsque les autres médications restent insuffisantes. Cependant les révulsifs conviennent principalement au déclin de la maladie, surtout au moment où la métrite tend à passer à l'état chronique.

Si des vomissements se manifestent, on les combattra par les moyens ordinaires : la glace, la potion de Rivière et l'eau de Seltz.

Quand la maladie se termine par une résolution franche, on s'attache à relever les forces de la malade à l'aide d'un régime de plus en plus substantiel, qu'il convient quelquefois d'associer à l'administration des toniques.

Lorsqu'au contraire la phlegmasie semble devoir prendre la forme chronique, il ne faut pas se hâter de nourrir les malades et de les soumettre à un régime analeptique; il est prudent de les tenir encore à un régime suffisamment sévère, et de provoquer la résolution trop lente de l'inflammation par l'usage répété des topiques fondants et résolutifs.

Ajoutons que, dans la métrite aiguë, comme dans toutes les phlegmasies des organes intra-pelviens, on ne saurait surveiller avec trop de soin l'époque menstruelle, qui, en déterminant une fluxion sanguine exagérée vers l'utérus et les ovaires, est assez souvent, pour les phlegmasies de ces organes, l'occasion de recrudescences ou de redoublements plus ou moins prononcés.

Si ces recrudescences sont faibles, le repos, les émollients, les calmants, un régime modéré, suffisent généralement pour les dissiper. Si les accidents présentent une plus grande intensité, et surtout si les règles viennent à manquer ou si elles sont peu abondantes, il est

utile de recourir aux émissions sanguines modérées, locales ou générales. Une simple application de sangsues sur l'hypogastre ou sur le col de l'utérus exerce quelquefois, dans ces circonstances, l'influence la plus prompte et la plus efficace. Ces émissions sanguines suppléent le flux menstruel et amènent le dégorgement des vaisseaux utérins.

ARTICLE II.

DE LA MÉTRITE AIGUE PUERPÉRALE ET POSTPUERPÉRALE.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre longuement sur la métrite puerpérale. Ce serait nous écarter du plan et du but de cet ouvrage que de donner trop de développements à l'histoire d'une affection qui rentre dans le cadre des traités d'accouchements, et qui, le plus souvent, est un des éléments pathologiques de la fièvre puerpérale.

Nous avons à dessein réuni dans un même titre la métrite puerpérale et la métrite postpuerpérale. Cette dernière espèce a été créée et décrite par Chomel. On sait que ce professeur désignait sous ce nom les phlegmasies de l'utérus qui surviennent douze, quinze jours, et même trois semaines après l'accouchement. Quant à nous, nous ne saurions considérer la métrite postpuerpérale comme une variété de métrite distincte; nous pensons qu'elle doit logiquement ne pas être séparée de la métrite puerpérale. En effet, elle reconnaît la même origine, le même point de départ; elle est également une suite immédiate des couches; elle débute aussi en plein état puerpéral. Seulement, au lieu de commencer tout à coup par les signes ordinaires de la métrite aiguë, elle suit une marche lente, souvent insidieuse; elle se développe pendant quelques jours, d'une manière latente; elle couve, pour ainsi parler, à l'insu de la malade et du médecin, jusqu'à ce que, sous l'influence d'une cause occasionnelle, elle fasse explosion. En d'autres termes, la métrite postpuerpérale n'est, pour nous, qu'une métrite puerpérale subaiguë, qui tantôt persiste dans cet état, et tantôt passe subitement à l'état aigu quelques jours après l'accouchement.

Étiologie. — La métrite puerpérale reconnaît ordinairement pour causes : un accouchement laborieux, un travail prolongé, l'application du forceps ou l'intervention de manœuvres qui contondent,

froissent ou déchirent le tissu de la matrice; la rétention prolongée de l'arrière-faix, les tentatives opérées dans le but d'extraire le placenta; la suppression des lochies; l'action brusque du froid, les troubles de la transpiration cutanée; la constipation opiniâtre; l'imprudence de se lever trop tôt; l'abstention de l'allaitement; les fortes émotions morales, etc.

Cette affection peut se manifester aussi sous la forme épidémique, sans qu'on soit parvenu encore à en découvrir la cause.

La métrite puerpérale est-elle contagieuse? On a cité, dans ces derniers temps, des faits qui tendent à démontrer que cette maladie est susceptible, en effet, de se propager par contagion, sous l'influence de certaines conditions hygiéniques défectueuses et plus spécialement de l'encombrement.

Symptomatologie. —La métrite aiguë puerpérale présente le même appareil de symptômes que la métrite non puerpérale, dont nous venons de tracer l'histoire; mais elle offre, en outre, quelques phénomènes particuliers qui naissent tout naturellement des circonstances spéciales où se trouvent les malades, et des fonctions actives que l'utérus vient de remplir.

Cette inflammation éclate, d'ordinaire, dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent les couches, et elle s'annonce par des frissons, de la fièvre, des douleurs vives dans l'hypogastre, quelquefois des vomissements, et en particulier par le volume considérable de l'utérus, qui cesse d'opérer son mouvement de retrait et même augmente sensiblement de grosseur; par la suppression des lochies; par le retard de la sécrétion lactée, où, si elle s'est déjà manifestée, par sa diminution ou même sa suppression complète; et quelquefois, enfin, par une métrorrhagie.

Bientôt, au flux lochial succède un écoulement plus ou moins abondant de matières liquides, sanieuses et purulentes, ordinairement fétides.

La métrite puerpérale est rarement simple; elle se complique le plus souvent de péritonite, de phlegmon des ligaments larges, de phlébite et de lymphangite utérines, de toutes les lésions enfin dont l'ensemble constitue la fièvre puerpérale. Nous nous contentons de signaler ces complications, nous ne pourrions y insister sans sortir de notre sujet. Ceux qui voudraient avoir là-dessus des renseigne-

ments détaillés et précis pourront consulter les traités d'accouchement ou les mémoires spéciaux.

La métrite puerpérale, ainsi que nous l'ayons déjà signalé, ne débute pas toujours par des signes aussi évidents. Nous avons dit qu'elle peut se développer d'une manière lente et sourde, sans provoquer d'abord de réaction générale appréciable, et que ce n'est parfois qu'au bout de plusieurs jours après les couches qu'éclatent les phénomènes de l'état suraigu. Nous avons ajouté et nous répétons que, dans ce cas, la métrite ne mérite ni une dénomination ni une description particulières, comme l'a fait Chomel. D'ailleurs, nous aurons bientôt l'occasion de dire que ces métrites postpuerpérales, sans complications, sont plus rares qu'on ne le croit généralement; et nous verrons qu'on a dû souvent les confondre avec les engorgements péri-utérins.

Marche, durée, terminaisons. — La métrite puerpérale aiguë affecte ordinairement une marche assez rapide. Grâce à une thérapeutique active et bien instituée, elle peut aboutir à la résolution, qui s'annonce par un amendement de tous les troubles fonctionnels et le retour des phénomènes physiologiques, que la phlegmasie avait suspendus. L'écoulement vaginal change de nature et de couleur, la matrice reprend son mouvement de rétraction, et la sécrétion laiteuse reparaît.

Mais il n'est pas rare, — soit que le traitement ait été mal institué, soit que la violence du mal l'ait emporté sur l'énergie de la médication, — de voir la métrite puerpérale se terminer par suppuration ou par gangrène, ou encore passer à l'état chronique. La suppuration est d'autant plus fréquente, que l'apparition de la métrite a suivi de plus près l'accouchement : cette terminaison s'observe aussi plus souvent dans le cours d'une épidémie qu'en temps ordinaire. Quant à la gangrène, qu'il ne faut pas confondre avec la putrescence de l'utérus, elle ne se développe d'ordinaire que lorsque cet organe a subi, pendant le travail de l'accouchement, des manœuvres qui ont meurtri ou lacéré son tissu.

Diagnostic. — Il est bien important de ne pas confondre les douleurs de la métrite puerpérale avec les simples tranchées utérines. Celles-ci ne s'accompagnent pas des phénomènes de réaction qui caractérisent une lésion inflammatoire; puis elles ne sont pas

continues : elles ne surviennent qu'au moment de l'expulsion d'une certaine quantité de sang ou de quelque caillot hors de l'utérus, et disparaissent aussitôt que la matrice s'est débarrassée de ces produits.

La métrite puerpérale doit être distinguée aussi de la péritonite. Dans l'inflammation péritonéale, la douleur est plus superficielle, plus aiguë, plus continue le ventre est plus tendu, plus sensible à la pression ; les vomissements sont plus multipliés et plus opiniâtres ; les matières sont d'un jaune verdâtre, porracé, caractéristique ; le pouls, plus petit, plus concentré que dans la métrite, offre le type de ce qu'on a nommé le *pouls abdominal* ; la face est plus profondément altérée ; la physionomie plus abattue ; les traits, plus grippés, expriment la souffrance à un plus haut degré ; la respiration est anxieuse, et l'agitation des malades plus marquée. Ces phénomènes sont d'autant plus intenses, que la péritonite est plus étendue et qu'elle a une plus grande tendance à se terminer par suppuration.

Il ne faut pas oublier que la métrite puerpérale se complique très-souvent de péritonite, au moins de péritonite partielle. Alors les symptômes des deux phlegmasies se confondent, mais toujours avec prédominance des signes propres à la péritonite.

La métrite puerpérale est-elle compliquée de phlébite utérine, aux symptômes de la métrite aiguë viennent alors s'ajouter des frissons irréguliers, absolument comme dans la phlébite traumatique.

Est-elle au contraire compliquée de lymphangite, il y a un frisson initial, mais point de frissons irréguliers ; l'état de prostration, les phénomènes adynamiques, l'apparence typhoïde, deviennent prédominants et donnent à la maladie une physionomie particulière.

Pronostic. — Le pronostic de la métrite puerpérale est donc plus grave que celui de la métrite aiguë développée en dehors des couches. Ce qui aggrave ici le pronostic, c'est l'état particulier dans lequel se trouve la malade après l'accouchement et qui dispose davantage les phlegmasies à se terminer par suppuration. Aussi la métrite est-elle d'autant plus redoutable, que son développement est plus rapproché de l'époque de la parturition.

Le pronostic varie encore suivant que la métrite puerpérale est simple ou compliquée, sporadique ou épidémique.

La métrite puerpérale simple se termine habituellement, comme

nous l'avons dit, d'une manière heureuse. Mais il ne faut pas oublier qu'elle est souvent le point de départ de la métrite chronique, et que ce mode de terminaison dépend, en général, d'un traitement insuffisant.

Dans le pronostic de la métrite puerpérale compliquée, il faut tenir un grand compte de la nature des complications. Ces complications, quelles qu'elles soient, — péritonite, ovarite, phlegmon péri-utérin, phlébite ou lymphangite utérines, gangrène de l'utérus, — sont toujours très-graves et le plus souvent mortelles.

La métrite puerpérale sporadique est ordinairement simple, et, par conséquent, d'un pronostic favorable.

La métrite puerpérale épidémique est toujours grave; mais sa gravité est subordonnée à l'intensité et aux caractères de l'épidémie. Toutes choses égales d'ailleurs, ces épidémies sont plus meurtrières dans les maternités que dans les hôpitaux ordinaires, plus meurtrières dans ces établissements qu'en ville. Cette vérité, mise en lumière depuis longtemps, a été définitivement établie par les travaux récents de MM. Léon Le Fort et Tarnier.

Thérapeutique. — 1° *Traitement de la métrite puerpérale simple, sporadique.* — Émissions sanguines modérées, en rapport avec la constitution des malades et proportionnées à l'intensité des symptômes et de la réaction générale; sulfate de quinine (Beau), 1 à 2 grammes dès le début; — onctions mercurielles belladonées, à haute dose; — fomentations émollientes et narcotiques; — cataplasmes sur l'abdomen; — bains généraux; — lavements narcotiques, émollients ou laxatifs; — purgatifs doux (calomel, huile de ricin, magnésie calcinée, etc.); — application de larges vessies remplies de glace sur l'abdomen (Béhier); — injections vaginales, tantôt calmantes, tantôt détersives et antiputrides, pratiquées avec les précautions et les ménagements nécessaires pour ne pas heurter le col de la matrice ou ne pas exercer de violence sur les parois du vagin.

Quant aux injections intra-utérines, nous les regardons comme dangereuses, et nous en proscrivons absolument l'emploi.

2° *Traitement de la métrite puerpérale compliquée.* — Les indications thérapeutiques varient suivant la nature des complications. La péritonite surtout réclame un traitement énergique, les émissions sanguines, les onctions mercurielles, le calomel à doses fractionnées, les applications de larges vésicatoires sur le bas-ventre, etc.

3° *Traitement de la métrite puerpérale épidémique.* — Les émissions sanguines sont généralement funestes dans cette forme, elles ne font que hâter ou aggraver l'état adynamique ; il faut s'en abstenir. Les autres moyens, tels que : sulfate de quinine à haute dose, essence de térébenthine à l'intérieur, calomel à doses réfractées, teinture et alcoolature d'aconit, ipécacuanha, onctions mercurielles, vésicatoires, etc., sont généralement impuissants.

Il faut surtout placer sa confiance dans les moyens préventifs et les procédés hygiéniques : l'allaitement maternel, l'aération, l'isolement des malades, la désinfection (par les préparations chlorurées ou phéniques), l'éloignement de toutes les impressions morales, etc.

CHAPITRE VIII.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Divisions. — Tandis que l'observation clinique n'a pas encore permis d'établir, pour la métrite aiguë, des divisions basées sur le siége de l'inflammation, et que nous avons dû nous borner à en tracer l'histoire générale, la métrite chronique, au contraire, occupant ou la totalité de l'utérus, ou des points isolés de l'organe, se manifeste, suivant son siége, avec des formes variées et des caractères divers, sur lesquels on a pu fonder les distinctions que nous allons faire connaître.

La phlegmasie chronique, comme l'inflammation aiguë, peut affecter à la fois le corps et le col de l'utérus. La métrite est alors *générale*.

Elle peut se montrer, et le plus souvent elle se montre d'une manière isolée, soit dans le corps, soit dans le col de l'utérus, dont nous avons signalé déjà l'indépendance au double point de vue anatomique et physiologique. La métrite est alors *partielle*, et elle se subdivise en : 1° *métrite du corps*, 2° *métrite du col*.

Mais le corps et le col de l'utérus sont formés d'un tissu propre, et d'une membrane muqueuse qui tapisse leur cavité. Ces deux éléments anatomiques peuvent, à leur tour, devenir le siége d'une phleg-

masie chronique, soit simultanément, soit séparément ; d'où une autre distinction fondamentale de la métrite chronique, en : 1° *métrite parenchymateuse*, 2° *métrite membraneuse*.

Ce n'est pas tout. La muqueuse utérine offre une structure et des propriétés fonctionnelles un peu différentes, suivant qu'on la considère à la surface externe du col ou dans l'intérieur même de l'utérus. La muqueuse qui recouvre le museau de tanche participe des propriétés de la muqueuse vaginale, dont elle peut être considérée comme la continuation immédiate; elle se rapproche beaucoup de toutes les muqueuses en général. Mais celle qui tapisse la cavité de la matrice en diffère par des caractères tellement tranchés, que son existence a été longtemps méconnue par les anatomistes. La muqueuse interne est même un peu différente, suivant qu'on l'envisage dans le col ou dans le corps.

A ces différences anatomiques correspondent des propriétés physiologiques et des caractères pathologiques distincts. Toutes ces raisons justifient bien les subdivisions de la métrite membraneuse, depuis longtemps devenues classiques, et qui consistent à la distinguer en : 1° *métrite externe*, et 2° *métrite interne*, ou *endométrite*.

Nous allons décrire successivement : — 1° la *métrite chronique membraneuse*, *externe* et *interne*, — 2° la *métrite chronique parenchymateuse*, ou *engorgement utérin*. Dans ces variétés, nous retrouverons les divisions précédemment indiquées de *métrite du corps* et de *métrite du col*.

ARTICLE PREMIER.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE EXTERNE.

Définition. — Nous désignons ainsi l'ensemble des lésions inflammatoires de la muqueuse qui revêt extérieurement le museau de tanche.

Ces lésions présentent des formes diverses, des aspects variés, qu'il importe de bien connaître et qui ont fixé d'ailleurs, depuis longtemps, l'attention des observateurs. Il devait en être ainsi, à cause de la situation même du col utérin, qui le rend si facilement accessible à nos moyens d'investigation. Soit à l'aide du toucher vaginal, soit à l'aide du spéculum, on a pu étudier les lésions du col

de l'utérus dans toutes leurs phases ; on a pu suivre les différentes modifications que le museau de tanche subit dans sa forme, son volume, sa consistance, sa couleur. Aussi les altérations anatomiques que nous allons passer en revue se trouvent-elles signalées ou décrites d'une manière plus ou moins complète, dans tous les ouvrages consacrés à l'histoire des affections utérines.

Dans la métrite externe, la plus grande partie des lésions étant situées sur le museau de tanche et pouvant être constatées, sur le vivant, à l'aide du spéculum, l'anatomie pathologique se confond en quelque sorte avec la symptomatologie. Aussi croyons-nous inutile d'en traiter isolément. Quant à l'engorgement qui accompagne souvent les lésions superficielles du col, il rentre dans l'histoire de la métrite parenchymateuse dont il sera question dans l'article troisième de ce chapitre (page 248).

Divisions. — Suivant les degrés de la phlegmasie, les éléments anatomiques de la muqueuse qui en sont le siége, et l'aspect de la lésion, la métrite chronique externe se subdivise de la manière suivante : — 1° *métrite érythémateuse*, — 2° *métrite granuleuse*, — 3° *métrite ulcéreuse*.

Pour plus de méthode et de clarté, nous décrirons successivement : — A. Les lésions anatomiques, qui servent de base aux divisions de la métrite externe ; B. les signes objectifs, fournis par le toucher et par le spéculum ; C. les troubles fonctionnels locaux et généraux.

Symptomatologie. — A. Lésions anatomiques. — 1° *Métrite érythémateuse.* — Dans ce premier degré de la métrite chronique externe, la teinte blanchâtre ou d'un rose pâle, qui appartient normalement au museau de tanche, est remplacée par une coloration d'une nuance rouge plus vive et variable suivant le degré de l'hypérémie. En effet, à mesure que les vaisseaux s'injectent, la teinte devient de plus en plus prononcée, jusqu'au rouge violacé.

Cette rougeur est tantôt uniforme, tantôt, et le plus fréquemment, éparse çà et là par points et par plaques plus ou moins nombreux, plus ou moins serrés. Souvent elle est *générale* et répandue sur toute la surface du col ; quelquefois aussi elle est *partielle*, et n'occupe qu'une des lèvres du museau de tanche, ordinairement la lèvre postérieure. D'autres fois encore elle existe sur les deux lèvres, mais avec plus d'intensité sur l'une que sur l'autre.

2° *Métrite granuleuse.* — A un autre degré, ou peut-être sous une autre forme de l'inflammation, la membrane muqueuse a perdu son apparence lisse et polie. Sa surface est devenue inégale, parsemée de petites *granulations* miliaires d'un volume variable, et, jusqu'à un certain point, comparables aux bourgeons charnus d'un vésicatoire qui commence à suppurer. Cette altération a été décrite par les auteurs sous le nom de *métrite granuleuse* du col. Elle paraît, ainsi que la rougeur, produite et entretenue quelquefois par les mucosités qui viennent de la membrane interne, dans les inflammations de la cavité utérine. Aussi la lèvre postérieure du museau de tanche est-elle le siége de prédilection de ces altérations.

L'épithélium est-il enlevé au niveau des granulations? Nous le croyons volontiers, bien que cela ait été nié. Dans tous les cas, il est singulièrement aminci, sans qu'il y ait pour cela d'érosion.

Il est d'autres granulations, plus rares que les précédentes, régulièrement arrondies, d'un blanc grisâtre, du volume d'un grain de mil, agglomérées en nombre variable à la surface du col, dont elles se détachent si nettement, qu'il semble qu'elles y soient seulement déposées et qu'elles en puissent être séparées sans toucher à la muqueuse.

D'autres fois on trouve, disséminés à la surface du col, de véritables *boutons*, gros comme un grain de chènevis et même comme un pois. Ces boutons, dont le nombre varie d'un à six, et même au delà, et dont le siége n'a rien de fixe, présentent une teinte rouge d'abord, puis une coloration blanc jaunâtre. Leur contenu est très-variable : le plus souvent c'est du sang ou du pus ; quelquefois aussi c'est un liquide séreux et transparent, comme celui qu'on rencontre dans certains kystes. C'est probablement à cette dernière variété qu'il faut rattacher la lésion décrite par M. Joulin sous le nom de *pemphigus* du col utérin.

Ces boutons sont anatomiquement constitués par l'hypertrophie, le développement inflammatoire des follicules muqueux ; ils sont le point de départ des ulcérations dites *folliculeuses*, sur lesquelles nous reviendrons plus loin. On verra encore que l'étude de ces boutons est de la plus haute importance sous le point de vue thérapeutique.

Rien de plus variable que l'état de la muqueuse autour de ces granulations folliculeuses ; cependant elle est le plus souvent hypérémiée.

3° *Métrite ulcéreuse.* — La surface externe du museau de tanche peut aussi devenir le siége d'une ou de plusieurs pertes de substance, variant en étendue et en profondeur. A ce point de vue, nous distinguerons ces lésions en deux degrés : les *érosions* et les *ulcérations*.

Les *érosions* consistent dans la destruction partielle de l'épithélium de la muqueuse, qui présente, dans le point malade, une surface plus rouge et moins lisse qu'à l'état normal. Les érosions proprement dites ne sont pas communes; et, si on les trouve assez souvent décrites par les auteurs, c'est qu'il est très-facile de les confondre avec les granulations.

Les *ulcérations* consistent dans une perte de substance intéressant, en partie ou en totalité, l'épaisseur de la muqueuse et pouvant même entamer le tissu sous-jacent : elles sont limitées par des bords relevés et taillés à pic.

Ces ulcérations offrent plusieurs variétés, qu'on a désignées par les noms d'ulcérations *simples*, *folliculeuses*, *fongueuses*, *syphilitiques*, *calleuses* et *cancéreuses*. On a même admis des ulcérations *scrofuleuses* et *tuberculeuses*. Mais nous n'avons jamais rencontré ces deux dernières variétés.

Les ulcérations *simples* sont, en général, assez superficielles et d'une étendue variable. Leur surface, peu inégale et d'une teinte rosée, saigne peu et difficilement.

Les ulcérations *folliculeuses* sont disséminées comme les grosses granulations, que nous avons décrites plus haut et qui leur ont donné naissance. Il serait difficile de remonter à leur origine, si le plus souvent on ne voyait autour d'elles une ou plusieurs de ces granulations folliculeuses dont elles proviennent. Ce qui les distingue encore, c'est que la membrane muqueuse est parfaitement saine dans les intervalles qui les séparent. Quelquefois on peut assister à la formation et au développement de l'ulcération. On voit la granulation folliculeuse se déchirer, s'ouvrir, se vider; puis il reste un hiatus qui s'élargit et se taille en forme d'un petit godet assez profond, à bords taillés à pic et régulièrement arrondi. Ces caractères sont distinctifs et comme pathognomoniques.

Les ulcérations *fongueuses* sont caractérisées par une coloration rouge violacée, une consistance mollasse, quasi pulpeuse, et par la facilité extrême avec laquelle elles saignent. On les trouve souvent entourées de ramifications variqueuses.

Les ulcérations *calleuses* ont des bords épais et un fond grisâtre, reposant sur un tissu très-dur.

Les ulcérations *syphilitiques* sont larges, en général assez profondes; leur fond est grisâtre, leurs bords sont taillés à pic; la membrane muqueuse est fortement injectée tout autour d'elles.

Les commémoratifs, l'existence d'autres altérations semblables sur la muqueuse vaginale, aideront, d'ailleurs, à en éclairer le diagnostic.

Il sera question des ulcérations *cancéreuses* dans un autre chapitre.

Les ulcérations *scrofuleuses* et *tuberculeuses* sont plus pâles que celles que nous venons d'étudier. On pourra les distinguer assez facilement, si l'on tient un compte suffisant des autres attributs du tempérament lymphatique ou de la diathèse tuberculeuse. Du reste, ces ulcérations sont extrêmement rares, et jusqu'à présent leur existence ne nous paraît pas fondée sur des caractères cliniques assez nettement déterminés pour pouvoir être admise sans contestation.

Les diverses lésions que nous venons de décrire n'occupent qu'une partie du col ou envahissent sa totalité. Mais quelques-unes, limitées d'abord à la membrane externe, peuvent, gagnant de proche en proche, pénétrer dans la cavité du col et se développer jusque dans le corps de l'utérus.

Dans la majorité des cas, un produit de sécrétion morbide vient se mêler aux altérations anatomiques. Un mucus plus ou moins épais, tantôt pur, tantôt mélangé de sang ou de pus, recouvre la surface du museau de tanche et masque quelquefois les lésions dont il peut être le siége. Aussi faut-il, quand on fait l'examen au spéculum, nettoyer le col utérin avec un pinceau de charpie ou de coton.

B. SIGNES OBJECTIFS. — Les lésions de la métrite chronique externe, soit simple, soit compliquée d'engorgement du col utérin, se reconnaissent à l'aide du toucher et du spéculum.

Ainsi, par le toucher, on constate le plus souvent que le col est augmenté de volume, qu'il est plus dur ou plus mou qu'à l'état normal, plus ou moins déformé et baigné par des mucosités ou par un liquide sanguinolent. Quelquefois il est lisse; mais, en général, on éprouve, en y promenant le doigt avec une attention suffisante, des sensations diverses qui indiquent que sa surface est inégale.

dépolie, rugueuse, hérissée de petites saillies, ou creusée d'ulcérations plus ou moins profondes. Chomel a comparé justement l'impression que communique la métrite granuleuse du col à celle que donne le velours d'Utrecht.

Le doigt peut sentir encore, dans beaucoup de cas, le battement des artères du col utérin, plus développées qu'à l'état sain.

Le spéculum fournit des signes plus certains encore, puisqu'il permet d'apprécier *de visu* le volume du col utérin, l'état du museau de tanche, le nombre, la forme et l'étendue des altérations, dont nous avons décrit plus haut toutes les variétés.

Nous avons dit aussi que ces lésions s'accompagnent toujours d'un flux muqueux plus ou moins abondant, ordinairement simple, mais quelquefois mélangé à du sang, qui s'exhale soit des granulations, soit des surfaces ulcérées. Dans certains cas, mais beaucoup plus rares, ce sang s'écoule en assez grande abondance pour constituer une véritable métrorrhagie.

C. Troubles fonctionnels. — En général, on ne constate pas une augmentation notable de température dans la partie malade; quand cela a lieu, c'est qu'il y a déjà un certain degré d'inflammation aiguë ou imminence d'une recrudescence inflammatoire.

La sensibilité du col utérin est peu exaltée, si ce n'est dans quelques cas particuliers, où le museau de tanche devient plus ou moins douloureux au toucher.

Le coït est habituellement douloureux, et quelquefois suivi d'un écoulement de sang.

Certaines malades accusent un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, des tiraillements dans les reins et dans les flancs, rarement aussi intenses d'un côté que de l'autre, mais prédominant tantôt à gauche, tantôt à droite.

Les souffrances si vives qui accompagnent quelquefois la métrite externe, et que les auteurs ont l'habitude d'attribuer à cette lésion, en sont généralement indépendantes, et appartiennent ordinairement à une complication, soit à une métrite interne, soit à une phlegmasie péri-utérine, soit encore à une hystéralgie, etc.

La leucorrhée est constante dans la métrite externe; elle est plus ou moins abondante. Ses caractères sont très-variables : tantôt c'est un mucus blanchâtre et laiteux; tantôt un muco-pus blanc jaunâtre; d'autres fois ces produits sont colorés par du sang, ainsi que nous

l'avons déjà dit. Ils sont généralement dépourvus d'odeur. Jamais la sécrétion morbide du museau de tanche ne présente cet aspect albumineux qui appartient exclusivement à la métrite interne.

Quant aux troubles de la menstruation, ils n'offrent rien de particulier et qui mérite d'être noté dans la métrite externe.

En ce qui concerne la gêne ou l'obstacle que la métrite externe peut apporter au flux menstruel ou à la fécondation, il en sera question dans le chapitre consacré aux rétrécissements utérins.

Des troubles sympathiques variés, tels que dyspepsie, constipation, incontinence ou rétention d'urine, douleurs névralgiques, symptômes de chloro-anémie, etc., peuvent s'observer chez les femmes atteintes de métrite externe; mais ils sont moins communs et moins intenses que dans la métrite interne, dont ils forment, pour ainsi dire, le cortége inséparable; aussi nous contenterons-nous de les signaler ici, renvoyant pour les détails au chapitre spécialement consacré à leur étude.

Marche, durée, terminaisons. — Il est impossible de dire à ce sujet quelque chose de précis. La métrite externe affecte toujours une marche lente et une longue durée, mais avec des degrés variables suivant la forme et l'étendue de la lésion anatomique, l'état de simplicité ou de complication de la maladie.

La métrite chronique externe a peu de tendance à disparaître d'elle-même. Cependant on conçoit qu'il en puisse être ainsi, lorsque les lésions sont simples et superficielles. Quant à la métrite externe compliquée, soit de métrite interne, soit de phlegmasie péri-utérine, nous l'avons vue plus d'une fois guérir sans le secours d'une médication directe, pendant le traitement de la phlegmasie principale et par le seul fait de la disparition de cette dernière.

Diagnostic. — La métrite chronique externe se reconnaît, en général, très-facilement, à l'aide des signes fournis soit par le toucher, soit par le spéculum. Les détails dans lesquels nous sommes entrés plus haut touchant les diverses lésions qui appartiennent à cette phlegmasie nous dispensent de donner ici de plus longs développements. Qu'il nous suffise de faire ressortir combien il importe d'apprécier le caractère de chacune de ces lésions. En effet, elles

n'ont pas toutes la même marche, elles n'entraînent pas les mêmes désordres, et ne cèdent point au même traitement.

Mais ce n'est pas assez d'avoir reconnu l'existence de la métrite chronique externe : il faut encore s'appliquer à distinguer si elle est primitive ou consécutive, liée à une cause locale ou subordonnée à une cause générale ; enfin si elle est simple ou compliquée, comme il arrive souvent, d'une métrite interne, de phlegmasies péri-utérines, ou d'une lésion mécanique de la matrice. Nous ne pourrions, sans anticiper sur l'histoire de ces affections, indiquer dès maintenant les signes qui permettent d'établir toutes ces distinctions ; ils seront décrits plus loin, à l'occasion de chacune des lésions que nous venons d'énumérer.

Enfin, le diagnostic de la métrite externe trouvera son complément dans les deux articles suivants, qui traiteront de la métrite interne et de la métrite parenchymateuse.

Pronostic. — Il est en général peu grave. Traitée d'une manière convenable, la métrite chronique externe aboutit ordinairement à la guérison, et, si elle est exempte de complications, dans un laps de temps assez court.

Abandonnée à elle-même, cette affection n'est pas toujours sans dangers, en raison des lésions dont elle peut être l'origine. Ainsi la métrite chronique externe se propage quelquefois à la membrane interne de l'utérus, au tissu propre de l'organe, à la muqueuse vaginale, au tissu cellulaire péri-utérin et à celui des ligaments larges. Elle peut devenir la source d'hémorrhagies plus ou moins abondantes, et entraîner l'oblitération de l'orifice utéro-vaginal ; et, partant, produire la stérilité, la rétention des menstrues, et toutes les fâcheuses conséquences du rétrécissement du conduit utérin.

La phlegmasie ne peut-elle pas aussi se propager au péritoine ? Nous concevons la possibilité de cette transmission, bien que nous n'ayons jamais observé qu'elle se soit produite spontanément ; mais nous l'avons vue survenir à la suite de cautérisations profondes du nanseau de tanche.

La métrite chronique externe peut-elle amener la dégénérescence cancéreuse du col utérin ? Lisfranc, M. Dupareque et quelques autres praticiens ont admis qu'il en peut être ainsi. Quant à nous, nous pensons que le cancer de l'utérus ne se développe pas sans le concours d'une prédisposition, et que dans les cas où il survient à la

suite de la phlegmasie chronique, celle-ci agit non comme cause productrice, mais simplement comme cause occasionnelle en hâtant la manifestation locale de la diathèse cancéreuse. D'ailleurs, nous reviendrons sur ce sujet à propos du cancer de la matrice.

Thérapeutique. — La métrite chronique externe, dégagée de toute complication, réclame un traitement purement local; mais comme cette phlegmasie se complique habituellement de métrite interne ou de métrite parenchymateuse, il en résulte que ces affections donnent lieu assez souvent à des indications communes. Aussi avons-nous pensé qu'il serait plus utile, plus rationnel et tout ensemble plus pratique, d'exposer dans un même chapitre tout ce qui est relatif au traitement des diverses formes de métrite chronique.

ARTICLE II.

DE LA MÉTRITE CHRONIQUE INTERNE, OU ENDOMÉTRITE.

Définition. — La phlegmasie chronique de la membrane muqueuse qui tapisse la cavité utérine constitue, ainsi que nous l'avons déjà dit, la *métrite chronique interne*, ou *endométrite*.

Cette phlegmasie peut occuper isolément le col utérin, ou simultanément le col et le corps. Les auteurs ont accoutumé de décrire à part ces deux variétés de métrite; mais elles présentent des points de contact si nombreux, des analogies si grandes, qu'il nous a paru préférable de réunir leur description dans un même article, sauf à faire ressortir, à propos du diagnostic, les différences qu'elles présentent, et, à propos du traitement, les médications particulières qu'elles réclament.

Anatomie pathologique. — Pour la métrite chronique, comme pour la métrite aiguë, même pénurie de documents nécroscopiques. Aussi quelques auteurs, à propos des caractères anatomiques de la métrite interne chronique, se contentent-ils de décrire les lésions propres à la muqueuse du museau de tanche, que nous venons de faire connaître sous le nom de *métrite externe*. C'est une manière de simplifier la question; mais s'il est vrai que la muqueuse qui tapisse

la cavité utérine puisse devenir le siége d'altérations semblables à celles qu'on remarque si souvent sur les lèvres du col, nous pensons que certaines altérations ne s'y montrent ni aussi fréquemment, ni au même degré de développement.

Les caractères anatomiques de la muqueuse utérine et du tissu ambiant varient suivant l'intensité et surtout suivant la chronicité de la phlegmasie.

On est aujourd'hui d'accord pour reconnaître deux périodes dans l'évolution histologique de la métrite interne chronique.

Les trois lésions caractéristiques de la *première période* sont : l'hypérémie, l'infiltration et le ramollissement de la muqueuse utérine. Cette membrane est rouge, injectée, tantôt uniformément, tantôt par plaques irrégulières; elle est épaissie, boursouflée, ramollie, quelquefois même fongueuse; ses follicules hypertrophiés, saillants, couvrent sa surface d'une masse de granulations très-vasculaires, d'aspect fongueux, saignant avec une très-grande facilité; les orifices de ces glandules sont élargis, béants, visibles à l'œil nu; leur canal est distendu par des mucosités. Souvent l'épithélium est détruit, surtout vers le col; et il en résulte des ulcérations superficielles d'abord, mais pouvant parfois, comme dans un cas cité par M. Hall Davis, devenir sensiblement larges et profondes.

En même temps les vaisseaux, les veines surtout, sont plus développés, et quelquefois les capillaires sont visibles à l'œil nu.

Le tissu cellulaire sous-muqueux participe généralement des lésions de la muqueuse enflammée. Il est, comme elle, hypérémié, infiltré, ramolli.

Le tissu propre peut être atteint également, et présenter les caractères sur lesquels nous reviendrons à l'occasion de la métrite parenchymateuse : mollesse, relâchement, friabilité, infiltration séro-sanguinolente. Dans les cas de ce genre, l'utérus est augmenté de volume.

La forme et les dimensions de la cavité utérine sont modifiées dans la première période de cette affection. Les angles supérieurs et latéraux, correspondant à l'orifice des trompes, sont envahis et comme comblés par le boursouflement de la muqueuse; de sorte que la cavité, au lieu d'être triangulaire, devient irrégulièrement ovale. Quelquefois rétrécie dans les premières phases de la phlegmasie, cette cavité présente plus tard des dimensions plus grandes, *surtout en longueur*, qu'à l'état normal. Cet accroissement de longueur,

très-appréciable à l'hystéromètre, a été donné même comme un des signes de la métrite chronique.

Dans la *seconde période* de l'endométrite chronique, les altérations anatomiques sont un peu différentes de celles qui viennent d'être décrites.

La membrane muqueuse devient souvent pâle et comme anémiée; ou bien elle prend une teinte grise ardoisée; elle est friable, tantôt amincie, tantôt avec son épaisseur ordinaire. Les follicules muqueux, principalement ceux qu'on désigne sous le nom d'*œufs de Naboth*, sont hypertrophiés, gorgés d'un mucus épais et filant; ils forment quelquefois dans la cavité utérine des espèces de petits kystes polypiformes, de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis, plus rarement de la grosseur d'un pois. La dilatation de la cavité utérine est plus marquée dans cette période que dans la première.

Lorsque le travail phlegmasique gagne le tissu propre de l'utérus, on observe, à cette période de la maladie, des modifications histologiques, telles que l'induration fibroïde, l'hypertrophie cellulaire, le rétrécissement des vaisseaux, les exsudats fibro-plastiques, et les autres altérations de texture dont il sera question à propos de la métrite parenchymateuse.

Dans la métrite chronique, aussi bien que dans la métrite aiguë, la cavité utérine renferme un produit de sécrétion morbide, le plus souvent un liquide filant et albumineux comme du blanc d'œuf, d'autres fois des mucosités purulentes ou légèrement colorées en rouge par du sang exhalé à la surface muqueuse.

Les tissus et les organes voisins de la matrice participent souvent à la phlegmasie utérine. Il n'est pas rare de trouver dans le tissu cellulaire péri-utérin, dans les trompes, et surtout dans les ovaires, des lésions inflammatoires à des degrés divers, depuis la simple hypérémie jusqu'aux altérations les plus avancées du travail phlegmasique. Ces lésions seront décrites dans les chapitres consacrés à l'histoire des phlegmasies péri-utérines.

Symptomatologie. — Si la métrite aiguë détermine un ensemble de symptômes faciles à apprécier pour les malades et à reconnaître pour le médecin, il n'en est pas de même de la métrite chronique.

Soit qu'elle ne donne lieu qu'à des phénomènes locaux sans gravité et qui attirent à peine l'attention, soit qu'elle provoque des

troubles fonctionnels divers et des retentissements sympathiques sur des organes ou des appareils plus ou moins éloignés, la métrite chronique passe souvent inaperçue pour les malades et entièrement méconnue par le médecin. De là ces opinions dissidentes qui séparent les auteurs et les praticiens; de là ces erreurs de diagnostic que rendent si faciles la marche souvent latente de la maladie et sa manifestation quelquefois si bizarre et si insidieuse.

C'est à bien discerner tous ces phénomènes que nous devons nous attacher ici, afin de porter quelque jour, s'il est possible, sur une des questions que nous n'hésitons pas de considérer comme des plus obscures et des plus confuses de la pathologie.

Nous étudierons successivement les symptômes locaux ou ceux dont l'utérus est le siége, et les symptômes sympathiques et généraux, c'est-à-dire ceux qui accompagnent la métrite, s'y ajoutent et se passent, soit dans les organes en rapport immédiat avec la matrice, soit dans d'autres appareils, qui n'ont avec celui de la génération que des relations indirectes ou éloignées.

A. Symptômes locaux. — 1° *Douleurs, crises et recrudescences.* — Les troubles de la sensibilité utérine ne sont pas constants; et, sous ce rapport, on rencontre les différences les plus tranchées suivant les sujets. Tantôt l'utérus est complétement indolent; tantôt cet organe, spontanément insensible, devient le siége de douleurs plus ou moins vives sous l'influence d'une pression directe. Cependant la majorité des malades accusent quelque douleur dans le bas-ventre.

Cette douleur est tantôt aiguë, lancinante; tantôt elle est sourde, obscure et parfois pulsative, accompagnée de battements isochrones aux pulsations artérielles.

Elle occupe ou la région médiane de l'hypogastre, ou l'un des côtés; mais elle demeure rarement fixée dans un de ces points : habituellement elle s'irradie, à la manière des douleurs névralgiques, dans les directions les plus diverses, suivant le trajet des nerfs lombaires, sciatiques, fémoro-iliaques, abdominaux, coccygiens (*coccyalgie*, *coccyodynie*), etc.

Quand la douleur hypogastrique est latérale, elle répond à l'ovaire, et le plus souvent c'est le côté gauche qu'elle affecte. On en trouve la raison dans la présence du rectum, qui, reposant sur les vaisseaux ovariques gauches, y détermine une stase sanguine, d'où résulte la congestion, et, par suite, l'exaltation de la sensibilité de l'ovaire du

même côté. Ce qui vient à l'appui de cette explication, c'est aussi la fréquence plus grande à gauche qu'à droite, surtout chez les jeunes filles, ainsi que nous le verrons plus loin, des phlegmasies péri-utérines.

La douleur est tantôt continue, tantôt rémittente; d'autres fois elle revient par crises, affectant une forme franchement intermittente. Dans ce cas, c'est habituellement aux époques menstruelles qu'elle reparaît. Quand elle est continue, c'est aussi pendant cette période qu'elle s'exaspère.

Cependant les crises ou les exacerbations douloureuses peuvent éclater en dehors de la période cataméniale, soit spontanément, soit sous l'influence de quelque cause matérielle ou morale. Alors elles se montrent deux, trois ou quatre fois par mois; et nous citerons des malades qui avaient plusieurs de ces crises en vingt-quatre heures, le jour et la nuit indistinctement.

Tantôt les crises surviennent brusquement; tantôt elles s'annoncent par une aggravation lente et progressive des douleurs. Dans le premier cas, elles envahissent, le plus souvent, tout l'abdomen à la fois; dans le second cas, elles débutent par leur point d'élection, dans l'hypogastre, et se propagent avec plus ou moins de rapidité dans le reste du ventre.

Les malades comparent ces douleurs à des élancements, à des piqûres, à des morsures ou à des déchirements. Presque toutes éprouvent de véritables douleurs expulsives, et elles ont alors la conscience des efforts que fait l'utérus pour se débarrasser d'un corps étranger; il est rare, en effet, que les crises dont nous parlons ici, quand elles sont spontanées, ne soient pas provoquées par les contractions de la matrice ayant pour but d'expulser au dehors le sang ou le mucus contenus dans sa cavité. Aussi voit-on presque toujours ces crises se produire à l'époque menstruelle, ainsi que nous l'avons déjà dit, ou même éclater pour la première fois, chez les jeunes filles, au début de la puberté, au moment où s'établit le flux cataménial. A mesure que s'opère l'expulsion des matières emprisonnées dans l'utérus, les douleurs diminuent et la crise s'apaise.

Ces crises ne se bornent pas toujours à l'exaltation des douleurs utérines; elles s'accompagnent quelquefois de cris, de spasmes, de mouvements convulsifs et de roideur dans les membres, qui peuvent en imposer aisément pour des attaques d'hystérie. Mais, nous ne saurions trop le répéter, ces phénomènes ne se rattachent nullement

à une névrose essentielle; ils ont leur point de départ dans l'affection utérine; ils sont le résultat de la douleur locale, comme les troubles nerveux qui se manifestent chez les sujets impressionnables, soit pendant le travail de l'accouchement, soit pendant les accès de colique hépatique ou néphrétique. On comprend à quel point il est important de savoir bien reconnaître ces crises, que nous pourrions nommer *utérines*, afin de ne pas les confondre avec les accès hystériques. Cette confusion, qui est très-fréquente, peut être facilement évitée, si l'on se rappelle que les crises de la métrite chronique sont toujours précédées de douleurs hypogastriques, tandis que celles-ci font défaut dans l'attaque d'hystérie franche.

Différentes causes peuvent exaspérer les douleurs qui accompagnent la métrite. Ce sont principalement toutes les influences capables d'imprimer à l'utérus des mouvements, soit immédiats, soit indirects : telles que les diverses espèces de toucher et de pression, l'introduction du spéculum, l'usage des pessaires ou des éponges, l'acte de la défécation et celui de la miction, les efforts de vomissements, de toux, d'éternument, une course rapide, l'exercice de l'équitation, les coups ou les chocs sur l'abdomen, les chutes sur le siége, sur les pieds, etc.

D'autres causes peuvent augmenter la sensibilité utérine, en agissant sur la circulation, soit qu'elles l'activent, soit qu'elles la ralentissent. De là résultent des congestions actives ou passives, qui produisent une recrudescence inflammatoire et un surcroît dans les douleurs. C'est dans cet ordre de causes que se peuvent ranger : — la menstruation, les palpitations nerveuses, les émotions morales, les mouvements violents ou désordonnés, les fatigues corporelles, l'ingestion des aliments et le travail de la digestion, etc., qui impriment à la circulation un excès d'activité ; — la constipation, les tumeurs développées dans le bassin, celles qui se montrent sur le trajet des vaisseaux, les maladies du poumon ou du cœur, etc., qui troublent et qui gênent le cours du sang.

Comme causes aggravantes des douleurs dans la métrite, nous signalerons encore certaines influences qui agissent, soit sur l'innervation en général, soit directement sur le système nerveux utérin :— les émotions morales, les veilles prolongées, les efforts intellectuels; — et, dans l'ordre matériel, l'irritation produite par l'application de certains révulsifs cutanés : sinapismes, vésicatoires, etc.

Toutes les substances qui agissent sur la constitution du sang, et

qui ont pour résultat d'en augmenter la masse et de le rendre plus riche, ont aussi une action bien manifeste sur la métrite et peuvent en exagérer les symptômes, en augmentant la congestion utérine: tels sont une alimentation trop abondante ou trop substantielle, l'usage des alcooliques, des boissons excitantes, des médicaments toniques. Nous avons vu un grand nombre de malades atteintes de métrite chronique et chez lesquelles de petites doses de fer avaient suffi pour exalter sensiblement les douleurs.

Les rapports sexuels, et surtout leur abus, les désirs vénériens portés à un trop haut degré, les rêves érotiques, en raison de l'orgasme et de la congestion qu'ils déterminent dans les organes génitaux, provoquent souvent des recrudescences inflammatoires et une augmentation des douleurs.

Les mêmes accidents surviennent quelquefois sous l'influence des variations de température, des impressions brusques de froid, des bains pris d'une manière inopportune, de la chaleur excessive du lit, etc.

On voit donc, en résumé, que nous pourrions recommencer ici l'énumération de toutes les causes de la métrite; attendu que tout ce qui est susceptible de faire naître une inflammation est aussi capable de l'augmenter.

Il importe de signaler ici d'une manière toute spéciale l'influence que la direction de l'utérus exerce sur les douleurs de la métrite chronique interne. Les déviations utérines augmentent le plus souvent la congestion de l'organe, à cause de la gêne qu'elles peuvent apporter dans la circulation intra-pelvienne; puis, en changeant les rapports de l'utérus, elles le rapprochent de la vessie, dans l'antéversion, et du rectum, dans la rétroversion, ou même le mettent en contact direct avec ces organes; de sorte que la matrice est exposée à des frottements douloureux pendant la miction et pendant la défécation. Dans les flexions, il se joint souvent une autre cause de recrudescence inflammatoire et de douleur, c'est la difficulté qu'éprouvent à sortir les liquides versés dans la cavité utérine, — sang menstruel et mucus, — et, par suite, leur rétention plus ou moins prolongée dans cette cavité.

Les caractères de la douleur sont-ils différents, suivant que la métrite chronique occupe le col ou le corps de l'organe? En général, on peut répondre qu'il y a, sur ce point, des différences marquées: ainsi les douleurs dites *expulsives* appartiennent exclusivement à la

métrite du corps; quand elles existent, on peut les considérer comme pathognomoniques.

La douleur, sur laquelle nous venons de nous étendre longuement, n'est pas un symptôme suffisant pour caractériser la métrite chronique interne. Cette affection amène, en effet, dans les fonctions de l'organe malade, des troubles divers, que nous allons faire connaître, et qu'il importe de discuter.

Nous étudierons successivement les changements survenus : dans la menstruation, dans la circulation utérine, dans la nutrition, dans la sécrétion, dans les influences des rapports sexuels, dans la fécondation, dans la grossesse, dans les connexions et la direction de la matrice.

2° *Troubles menstruels.* — Dans certains cas de métrite chronique, la menstruation ne subit aucune modification; c'est pourtant l'exception. Le plus souvent, cette fonction devient irrégulière; et l'écoulement cataménial tantôt reparaît plus souvent que de coutume, tantôt, au contraire, retarde, pour chaque époque, d'un temps variable. Chez quelques malades, les règles sont peu abondantes ou de courte durée; chez d'autres, elles sont abondantes ou durent plus longtemps que de coutume. En un mot, on peut observer, dans la menstruation, les troubles les plus divers. Il est même des cas dans lesquels le flux menstruel ne s'arrête pas : c'est une sorte de métrorrhagie qui dure d'une époque à l'autre.

Presque toujours l'éruption des règles est marquée par une recrudescence inflammatoire : et alors, — tantôt la malade souffre quelques jours avant, cesse de souffrir pendant le flux sanguin, puis recommence à souffrir quand il disparaît; — tantôt les douleurs, qui ont débuté avant l'apparition des règles, persistent pendant leur écoulement, s'apaisent à mesure que le flux menstruel diminue et cessent avec lui. D'autres fois les phénomènes de recrudescence ne se développent que quelques jours après les règles.

3° *Troubles de la circulation utérine.* — On comprend que les modifications de texture que l'inflammation chronique apporte dans le tissu utérin, et particulièrement dans sa trame vasculaire, produisent les troubles menstruels dont nous venons de parler; mais la menstruation, à son tour, exerce sur le travail inflammatoire une influence

fâcheuse par la congestion qu'elle détermine périodiquement; si bien qu'il se produit entre la menstruation et la métrite une série d'actions et de réactions réciproques, dont le résultat définitif est plus nuisible qu'utile à la phlegmasie utérine.

4° *Troubles de la nutrition locale.* — De même que toutes les inflammations chroniques, l'endométrite peut apporter un changement essentiel dans la nutrition du tissu propre de l'utérus. Ce changement consiste rarement dans une diminution, une atrophie; le plus souvent, c'est une hypertrophie qui en résulte. L'engorgement chronique du tissu propre de la matrice sera étudié dans un article spécial.

5° *Troubles de sécrétion.* — Ici, comme dans toutes les inflammations muqueuses, la sécrétion subit aussi des changements. Que la phlegmasie soit limitée au col utérin, ou qu'elle envahisse en même temps la cavité du corps, elle donne lieu à différents liquides qui sont versés dans le vagin, puis expulsés au dehors sous forme de *leucorrhée* ou *flueurs blanches*. Ces produits sécrétoires sont variables sous le rapport de la couleur, de la consistance et de la quantité. Tantôt ils sont incolores et transparents; tantôt opaques, blancs ou laiteux, jaunâtres ou verdâtres; parfois mélangés de sang ou de pus; tantôt fluides comme du lait, tantôt visqueux et semblables à du blanc d'œuf. Telles sont les principales variétés leucorrhéiques; mais il en est d'autres encore qui résultent de l'association de ces divers produits et de la proportion suivant laquelle ils se mélangent. En général, ces liquides sont alcalins et d'une odeur fade; parfois leur odeur rappelle celle des lochies: ceux qui sont retenus dans l'utérus y acquièrent une fétidité plus ou moins grande, selon le temps qu'ils ont séjourné dans sa cavité. Lisfranc dit avoir rencontré deux cas dans lesquels les flueurs blanches avaient une odeur analogue à celle de la sanie cancéreuse, bien que l'utérus ne fût affecté ni de cancer, ni d'aucune lésion organique; nous en avons observé nous-mêmes un cas : mais ces faits sont exceptionnels.

Ces produits, en raison des propriétés irritantes qu'ils possèdent, déterminent des érosions ou des ulcérations entretenues par la continuité de l'écoulement. Aussi est-ce en vain qu'on lutte ordinairement contre ces dernières lésions par toutes sortes de caustiques,

si l'on n'attaque pas la métrite interne qui est l'origine de ces altérations. On peut voir, pour plus de détails, le chapitre LEUCORRHÉE (page 183).

6° *Rapports sexuels.* — Dans la métrite chronique, les rapports sexuels peuvent être fort douloureux; il est aisé de comprendre alors la répugnance que certaines femmes éprouvent pour des rapprochements qui sont pour elles une source de souffrances.

7° *Stérilité.* — L'état permanent de congestion que la métrite chronique entretient vers l'utérus, les modifications anatomiques, et, en particulier, l'épaississement qu'elle fait éprouver à la muqueuse utérine, les obstructions qu'elle entraîne parfois, les sécrétions abondantes et continuelles qu'elle provoque, peuvent devenir autant d'obstacles à la fécondation. Cependant, toutes les femmes atteintes de métrite interne ne demeurent pas stériles. Un certain degré de phlegmasie est encore compatible avec l'intégrité des fonctions génératrices.

8° *Grossesse.* — Par les influences que nous venons d'énumérer, la métrite interne peut aussi troubler le cours de la grossesse, et même devenir une cause d'avortement, surtout aux époques qui correspondent au flux menstruel et qui sont marquées, comme nous l'avons déjà dit, par un surcroît de congestion sanguine et par une recrudescence inflammatoire. Dans d'autres cas, au contraire, la grossesse prend le dessus; et, comme s'il y avait une sorte d'incompatibilité entre l'état gravide et l'état inflammatoire de l'utérus, on voit les phénomènes phlegmasiques cesser pendant la gestation pour reparaître après l'accouchement.

9° *Déviations utérines.* — La métrite chronique a-t-elle de l'influence sur les déplacements et les déviations de l'utérus? Nous nous bornerons à dire ici que la métrite interne doit prédisposer la matrice à certaines déviations, nous réservant de traiter plus longuement ce sujet à l'occasion des lésions mécaniques.

Tels sont les *troubles fonctionnels* habituellement provoqués par la métrite chronique interne.

Occupons-nous maintenant des *signes objectifs* fournis directement par le toucher, le spéculum et le cathétérisme :

a. *Signes fournis par le toucher.* — Le toucher a certainement une grande importance pour le diagnostic de la métrite interne chronique; mais il ne faut exiger de ce mode d'exploration que ce qu'il est capable de donner. A l'aide du toucher vaginal, pratiqué avec mesure, on peut acquérir des notions assez exactes sur le degré de la sensibilité utérine, sur le point de départ et le siége précis des douleurs ressenties par les malades. On arrive à ce résultat en promenant successivement la pulpe du doigt sur le museau de tanche, le corps de la matrice et les tissus environnants, sur lesquels on exerce en même temps une douce pression. Le toucher permet de juger si les douleurs qu'éprouvent souvent les malades, dans les régions éloignées de l'utérus, sont unies par quelque rapport sympathique avec la métrite; car, dans ce cas, la pression exercée sur l'organe affecté réveille des souffrances, non-seulement sur ce point, mais encore sur tous ceux qui sont habituellement douloureux. On peut aussi, au moyen du toucher, déterminer si la douleur est vraie ou fausse, exagérée ou non.

Ce mode d'exploration sert à constater si la température du col est normale ou si elle est supérieure à celle des tissus voisins. L'élévation de la température est assez rare dans la métrite chronique, comme nous l'avons déjà dit, et, quand on l'observe, on doit craindre une recrudescence inflammatoire ou le passage de la phlegmasie à l'état aigu.

En parlant de la métrite externe, nous avons insisté sur les sensations que les altérations diverses du col font éprouver au doigt explorateur. Nous ne reviendrons pas sur ces signes; nous rappellerons seulement qu'ils ont une telle importance pour le diagnostic de la métrite interne, que leur présence devra fréquemment faire soupçonner une lésion de la cavité utérine. On n'a pas oublié, en effet, que les granulations et les ulcérations du museau de tanche sont assez souvent déterminées et entretenues par l'écoulement provenant de la muqueuse intra-utérine enflammée.

Quelquefois l'orifice du museau de tanche est assez dilaté pour permettre au doigt de pénétrer dans le col et d'y constater la présence de lésions analogues à celles qui siégent sur la surface externe. C'est surtout dans la métrite postpuerpérale que le museau de tanche demeure ainsi béant. Dans la plupart des cas, il ne présente pas ce degré de dilatation; il n'est que médiocrement agrandi; parfois son calibre est diminué, et il peut y avoir un véritable rétrécis-

sement. Plus rarement le museau de tanche conserve son ouverture normale.

A l'aide du toucher on apprécie encore le degré de développement de la matrice. L'exploration vaginale seule suffit pour juger de l'engorgement du col; mais la combinaison des différents modes de toucher est indispensable pour reconnaître les divers degrés d'engorgement du corps utérin, ainsi que nous le dirons en parlant de la métrite parenchymateuse.

Enfin, le doigt qui a servi à cette exploration peut ramener une certaine quantité de produits de sécrétion, dont on examine la couleur, la consistance, l'odeur et même les propriétés chimiques et microscopiques, si on le juge nécessaire.

Le toucher doit être pratiqué avec mesure et ménagement. Il ne faut jamais trop le prolonger, s'il est péniblement supporté par les malades; et il est prudent de s'en abstenir lorsque les douleurs sont trop intenses.

b. *Signes fournis par l'examen au spéculum.* — On n'a recours au spéculum qu'après avoir pratiqué le toucher et après s'être bien assuré, par ce premier mode d'exploration, que l'excès de sensibilité des parties ne s'oppose pas à l'introduction de l'instrument. Dans ce cas, le toucher a encore l'avantage de faire connaître la direction de l'utérus, la situation du col, et, partant, de fournir quelques indications utiles pour bien guider le spéculum dans le vagin et le conduire sûrement vers le museau de tanche.

A l'aide du spéculum, on apprécie le degré de rougeur du museau de tanche, la distribution, la forme, la disposition et le siége précis de l'injection vasculaire, l'intensité relative des altérations sur les deux lèvres du col, et le degré d'ouverture de l'orifice utéro-vaginal.

Si cet orifice est assez largement dilaté, on peut, au moyen de l'utéroscope, suivre de l'œil les altérations dans toute l'étendue de la cavité cervicale.

Le spéculum permet, enfin, de juger si les liquides rendus par la vulve proviennent de l'utérus, et par quelle portion de l'organe ils sont fournis; il fait mieux apprécier aussi leur quantité et leur nature.

En général, les produits sécrétoires, analogues à du blanc d'œuf, appartiennent à la surface interne de l'utérus. Mais il n'est pas tou-

B. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET SYMPATHIQUES. — I. **Organes circonvoisins.** — La phlegmasie chronique de l'utérus exerce une influence très-marquée sur les organes environnants. Cette action se fait sentir de trois manières : — 1° Par le fait même du voisinage, l'inflammation peut se propager de l'utérus aux organes et aux tissus qui l'entourent, au péritoine, à la vessie, au rectum, au vagin, aux trompes, à l'ovaire, au tissu cellulaire péri-utérin ; de là un grand nombre de phlegmasies qui compliquent parfois la métrite. — 2° Par les sympathies qui unissent l'utérus à ces mêmes organes, il peut survenir une foule d'accidents, dont nous allons étudier les principaux. — 3° Par la gêne mécanique que la matrice, quelquefois hypertrophiée, déviée ou déplacée, apporte aux fonctions des viscères pelviens.

Ce sont ces trois modes d'action de l'utérus enflammé sur les organes voisins, qui donnent lieu aux douleurs péritonéales ou ovariques qu'on observe assez fréquemment dans le cours de la métrite interne chronique. Par eux encore s'expliquent les troubles qui se montrent dans la miction et dans la défécation.

a. *Sur la vessie.* — Quelques malades sont tourmentées d'un besoin presque continuel d'uriner, et la miction est suivie de cuisson et de de ténesme vésical. Quelques-unes sont atteintes d'incontinence ; d'autres, au contraire, présentent, à différents degrés, une rétention d'urine qui est due, soit à une paralysie symptomatique de la vessie, soit à un spasme, soit enfin à un obstacle mécanique, à la compression exercée par le museau de tanche sur le col vésical, dans la rétroversion, par exemple.

Les urines sont très-variables : tantôt elles sont abondantes et limpides ; tantôt rares et troubles, chargées de mucus et d'urate d'ammoniaque, comme dans le catarrhe de la vessie.

b. *Sur le rectum.* — La métrite chronique interne s'accompagne généralement de constipation, soit que le rectum soit atteint d'une inertie paralytique, soit que l'utérus en rétroversion apporte un obstacle mécanique à l'expulsion des matières fécales. Dans l'acte de la défécation, les malades éprouvent parfois des douleurs excessives, provoquées par les efforts qu'elles font et par le frottement des matières durcies contre l'utérus déplacé. Chez ces malades, des lavements peuvent aussi donner naissance à des douleurs plus ou moins intenses.

La constipation opiniâtre qui accompagne la métrite interne est

mesure que l'instrument s'avance dans la cavité du corps, et augmentent de nouveau quand la sonde est poussée jusqu'au fond de l'organe.

Chez quelques malades impressionnables, le cathétérisme utérin peut devenir le point de départ de véritables crises, caractérisées par des douleurs névralgiques dans différentes parties du corps; par des convulsions, des vomissements, des phénomènes de paralysie spécialement dans les membres inférieurs; enfin, par un état de syncope assez grave. En d'autres termes, le cathétérisme provoque ou réveille quelquefois tous les accidents auxquels la métrite interne peut donner naissance. Quand le cathétérisme produit de semblables effets, le diagnostic ne saurait être douteux : on a bien affaire à cette affection.

Il y a pourtant des malades chez lesquelles cette opération ne détermine aucune impression de ce genre, ni locale, ni générale. Il en est d'autres qui, dès les premières tentatives de cathétérisme utérin, sont prises des accidents mentionnés plus haut, mais qui, acquérant une sorte de tolérance pour l'opération, finissent par la supporter sans inconvénient.

La sonde, en froissant les parois de l'utérus, peut déterminer un écoulement sanguin; ce phénomène se produit surtout quand la membrane interne de l'utérus est fortement congestionnée ou lorsqu'elle est le siége de granulations fongueuses. Dans des cas plus fâcheux, le cathétérisme peut provoquer une irritation vive de la muqueuse utérine, et, par suite, le passage de la métrite chronique à l'état aigu, et même une métro-péritonite. Ces accidents n'arrivent généralement que chez les femmes douées d'une grande susceptibilité nerveuse ou prédisposées aux inflammations; mais, comme il n'est jamais possible de prévoir d'une manière certaine quels seront les résultats du cathétérisme utérin, le médecin doit surveiller la malade avec le plus grand soin, après l'opération, surtout dans les deux ou trois jours suivants.

Comme on le voit, le cathétérisme est un moyen d'exploration susceptible de fournir de très-utiles renseignements dans la métrite chronique interne; mais il expose quelquefois à de tels dangers, qu'on ne doit l'employer qu'avec réserve, ne le pratiquer qu'avec les ménagements les plus grands et après avoir palpé, pour ainsi dire, la susceptibilité des malades à cet égard.

noter, au point de vue du diagnostic, que les troubles digestifs, sympathiques de la métrite interne, deviennent, d'ordinaire, plus intenses à l'époque des règles, et qu'ils augmentent aussi sous l'influence des mêmes causes qui exaltent les douleurs utérines.

b. *Troubles intestinaux.* — Du côté des évacuations alvines, on peut observer toutes les variétés qui se rencontrent dans les affections intestinales connues sous le nom de gastro-entéralgie. Nous mentionnerons spécialement, à cause de sa fréquence, une variété de catarrhe intestinal que nous désignons sous le nom d'*entérite glaireuse*, et qui sera plus loin l'objet d'une description spéciale.

Les troubles de la sécrétion biliaire ne sont pas très-rares; ils se manifestent par des vomissements, plus ou moins abondants, de matières verdâtres et bilieuses, — phénomènes qui peuvent en imposer pour une affection du foie ou de ses conduits excréteurs.

c. *Troubles de la circulation et de la respiration.*— La métrite interne chronique agit aussi sur les fonctions de la circulation et de la respiration. Elle donne lieu assez souvent à des palpitations nerveuses, d'autres fois à une petite toux sèche, incoercible, que nous avons depuis longtemps l'habitude de nommer *toux utérine;* chez quelques femmes, enfin, à un hoquet continuel et opiniâtre. Une de nos malades poussait de temps en temps un cri aigu, involontaire; d'autres étaient atteintes d'aphonie; et, ce qui prouve bien que la perte de la voix était sous l'influence de la congestion utérine, c'est qu'une émission sanguine, qui produisait un amendement du côté des phénomènes utérins, rendait tout de suite aux malades l'usage de la parole. D'ailleurs tous ces accidents, comme les symptômes gastralgiques dont il a été question plus haut, devenaient plus marqués à l'époque des règles ou pendant les recrudescences inflammatoires.

d. *Troubles intellectuels.* — La métrite interne n'est pas sans influence sur l'exercice des facultés intellectuelles. Nous avons rencontré des femmes, atteintes de cette affection, et qui présentaient des goûts bizarres, des conceptions étranges, signes manifestes d'un certain degré de dérangement mental. Ces phénomènes s'amendaient par le traitement de la métrite qui en était l'origine, et disparaissaient en même temps que la phlegmasie utérine. Lisfranc rapporte un fait analogue.

e. *Troubles de la myotilité et de la sensibilité.*— En ce qui concerne la myotilité et la sensibilité, soit générale, soit spéciale, la métrite interne peut donner naissance aux troubles les plus extraordinaires

et les plus inattendus. Nous avons déjà parlé longuement de ces crises nerveuses auxquelles beaucoup de femmes sont sujettes, surtout à l'époque menstruelle; et nous avons particulièrement insisté sur l'importance qu'il y avait à reconnaître ces phénomènes nerveux symptomatiques de la métrite. Nous ajouterons que quelques malades présentent des mouvements convulsifs dans les membres ou dans les différents muscles de la face et du tronc; d'autres se plaignent de crampes et de roideurs musculaires, particulièrement dans les membres inférieurs. D'autres encore accusent, soit des névralgies intercostales, soit des névralgies faciales, des céphalées opiniâtres ou des migraines fréquentes. Dans ce cas, il n'est pas rare de voir survenir aussi des troubles du côté de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût, quelquefois une hyperesthésie, le plus souvent un affaiblissement de ces fonctions. Chez quelques malades, nous avons vu la métrite interne amener des paralysies partielles du sentiment et du mouvement. La forme la plus commune est la paraplégie. Il faut être prévenu de ce fait, afin de ne pas s'exposer, comme nous l'avons observé plus d'une fois, à rattacher cette affection à une altération de la moelle et à instituer une thérapeutique inopportune et stérile.

Beaucoup de femmes atteintes de métrite interne chronique ont le caractère plus sensible, plus irritable; souvent même on observe une transformation complète : les malades perdent le goût du travail; elles deviennent apathiques, incapables de toute initiative et inaccessibles à tout sentiment affectueux. Quelques-unes sont prises de délire.

La lipothymie, les défaillances, la perte de connaissance, sont assez fréquentes dans le cours de la métrite interne, et surtout pendant les crises dont il a été question plus haut.

f. *Troubles de la nutrition générale.* — Soit par elle-même, soit surtout par les nombreuses et profondes sympathies qu'elle éveille, cette maladie jette, le plus ordinairement, le trouble dans la nutrition et dans l'hématose. Certaines femmes perdent leurs forces et leur embonpoint; d'autres deviennent anémiques.

L'anémie est une compagne assez habituelle de la métrite chronique interne, mais elle n'en est pas toujours la conséquence; dans bien des cas, l'appauvrissement du sang se montre antérieurement à la phlegmasie utérine.

Marche, durée, terminaisons. — La métrite interne chronique

peut débuter d'emblée ou succéder à la métrite aiguë; elle est donc tantôt *primitive*, tantôt *consécutive*.

Dans la métrite consécutive, les symptômes qui caractérisent la forme aiguë s'amendent peu à peu; mais les fonctions de l'utérus, au lieu de recouvrer leur régularité habituelle, demeurent languissantes, ou s'accomplissent d'une manière anormale; et l'on ne tarde pas à observer les phénomènes précédemment décrits.

Quand la métrite interne chronique est au contraire primitive, le début s'opère presque toujours d'une façon insidieuse, latente, de sorte que la malade ne soupçonne le mal dont elle est atteinte que lorsque la phlegmasie est bien confirmée, quand elle a pris droit de domicile dans l'utérus. Ce qui éveille d'abord l'attention des femmes, c'est tantôt un écoulement leucorrhéique auquel elles ne sont pas accoutumées, tantôt une menstruation difficile et douloureuse. Chez quelques-unes, les premières manifestations de la métrite interne chronique ne partent pas directement de l'utérus; ce sont ces douleurs névralgiques, ces crises nerveuses, ces troubles gastriques, dont il a été parlé plus haut, qui ouvrent la scène. Le médecin lutte en vain par les médications, en apparence les plus rationnelles, contre ces accidents sympathiques; ceux-ci sont réfractaires à tout, jusqu'à ce que, leur point de départ étant découvert, on dirige le traitement contre la maladie cachée qui est l'origine de ces étranges perturbations fonctionnelles.

La métrite interne chronique, si on l'abandonne à elle-même, suit une marche fort lente et affecte une longue durée. Pendant longtemps elle peut persister au même degré, du moins en apparence; mais le plus souvent elle offre, dans son cours, de grandes variations.

Nous avons déjà signalé l'influence qu'exercent sur les manifestations de la métrite interne toutes les causes de congestion utérine, et nous avons mentionné tout particulièrement la fluxion menstruelle. En effet, il est peu de femmes qui n'éprouvent point quelque exacerbation à l'époque des règles, et parfois même l'affection peut se montrer alors avec tous les caractères de l'état aigu. Ces recrudescences apparaissent, tantôt quelques jours avant le flux sanguin, tantôt pendant le cours même de la menstruation. Chez certaines malades, les accidents diminuent avec l'écoulement cataménial ; chez d'autres, ils persistent au delà : ils peuvent aller s'aggravant et nécessiter une intervention active; c'est une particu-

larité qui devra fixer sérieusement l'attention du praticien. Cette influence de la menstruation sur la marche de la métrite interne se fait même sentir chez les femmes dont les règles sont supprimées. Alors les accidents surviennent au temps où les règles avaient accoutumé de paraître.

D'autres causes agissent de la même manière, mais avec moins d'intensité, sur la marche de la métrite interne chronique : tels sont les exercices trop violents, les grandes fatigues, les efforts de toute nature, les coups, les chutes, une nourriture trop substantielle, les excès vénériens, les émotions morales vives; en un mot, tout ce qui est capable d'imprimer un ébranlement ou une excitation au système utérin.

En général, ces recrudescences se terminent d'elles-mêmes, au bout d'un temps assez court; mais, comme nous venons de le dire à propos de la menstruation, elles peuvent aussi amener le passage de l'inflammation à l'état aigu, et c'est là une circonstance qui doit engager le médecin à se tenir sur ses gardes. Elles sont à redouter encore à un autre point de vue : c'est qu'en se répétant fréquemment, elles rendent la phlegmasie utérine de plus en plus rebelle et difficile à guérir.

En dehors de ces recrudescences, la métrite interne chronique suit un cours assez uniforme, quelquefois traversé, comme il a été dit, par des accidents nerveux, mais ne s'accompagnant point de réaction fébrile.

Nous avons dit encore que la métrite interne chronique avait une durée fort longue, quand rien ne vient entraver sa marche; elle peut se prolonger, en effet, deux, trois, quatre, six, dix, quinze, vingt ans et même au delà.

Diagnostic. — On vient de voir à combien de troubles sympathiques nombreux et variés la métrite interne chronique peut donner naissance. Nous avons déjà insisté, à plusieurs reprises, sur les erreurs trop faciles dont ces phénomènes peuvent devenir la source, et nous avons indiqué, chemin faisant, de quelle manière et à quels signes il est possible d'éviter ces regrettables méprises. Nous allons nous résumer ici en disant que, toutes les fois qu'une femme étant dans cette période de la vie que nous avons appelée génitale (depuis la puberté jusqu'à l'âge critique) se présente à notre observation avec quelqu'un des troubles fonctionnels que nous venons d'énu-

mérer : névralgies diverses, crises hystériformes, paralysies partielles et surtout paraplégies, il faut ne pas oublier que ces phénomènes sont souvent symptomatiques d'une lésion utérine. En interrogeant soigneusement la malade sur l'origine, la marche et les caractères de ces accidents; en s'informant scrupuleusement de l'état des fonctions utérines, on découvre le plus souvent la cause réelle, le véritable point de départ de ces troubles morbides.

On ne perdra pas de vue que le principal caractère des accidents sympathiques de la métrite chronique interne est de présenter des exacerbations à l'époque des règles, comme la métrite elle-même, et de subir aussi toutes les influences qui exaspèrent le travail inflammatoire local.

Cela posé, et étant connus les caractères généraux de la métrite nterne chronique, est-il toujours possible d'en déterminer le siége précis? Cette question n'est point oiseuse ni subtile, comme on pourrait le penser d'abord. Car on verra, dans la suite, combien sa solution importe au traitement; puisque la phlegmasie utérine ne cède pas toujours aux mêmes moyens, suivant qu'elle occupe telle ou telle partie de l'organe.

Rien de plus facile à reconnaître que la métrite externe, qui imprime ses lésions à la surface du museau de tanche. Ici, grâce au toucher et au spéculum, le doute n'est pas possible. Mais ces lésions ne sont pas toujours primitives; elles sont causées et entretenues assez souvent, comme nous l'avons déjà dit, par l'écoulement résultant de la métrite interne : et c'est là précisément ce qu'il s'agit de bien discerner.

Quand l'inflammation est limitée aux lèvres du museau de tanche et ne franchit pas l'orifice utéro-vaginal, les lésions habituelles de la métrite externe s'accompagnent parfois d'une hypertrophie plus ou moins considérable du col et d'une augmentation de sa consistance. Des produits de sécrétion baignent sa surface; mais si on les enlève au moyen d'un pinceau, on peut s'assurer qu'ils ne proviennent point de la cavité utérine : on ne voit rien s'écouler de l'orifice utéro-vaginal. Quand ce même fait se reproduit chaque fois qu'on examine le col de l'utérus, on peut affirmer, sans crainte de se tromper, que la phlegmasie est bornée au museau de tanche.

La métrite externe simple s'accompagne, plus rarement que la métrite interne, de douleurs locales et de phénomènes sympathiques, si bien que, lorsque ceux-ci coexistent avec une vive dou-

leur à l'hypogastre et un écoulement leucorrhéique, on peut soupçonner presque à coup sûr une métrite interne. Les douleurs, quand elles existent dans la métrite du col, sont bien moins intenses, et leurs irradiations sympathiques bien moins étendues que dans la métrite interne.

En somme, il est facile de distinguer la phlegmasie simple du col d'avec la même phlegmasie compliquée de métrite interne. Il est très-important de s'assurer aussi qu'elle ne coexiste pas avec un phlegmon péri-utérin.

Les lésions organiques du col utérin offrent des signes tellement tranchés, qu'il est difficile, le plus souvent, de les confondre avec celles de la métrite externe. L'état fongueux du museau de tanche, ses bosselures et ses anfractuosités, la nature de l'écoulement, sa couleur, son odeur, la fréquence des hémorrhagies, font aisément reconnaître une maladie organique. Celle-ci s'accompagne, en outre, de symptômes cachectiques qu'on ne retrouve pas, en général, dans la métrite externe du col.

Dans le diagnostic de la métrite interne, on rencontre des embarras qu'il est quelquefois difficile de surmonter. Nous avons déjà dit comment on peut être amené à soupçonner l'existence de cette affection par l'étude des troubles fonctionnels et des phénomènes sympathiques qu'elle provoque, soit autour de l'organe malade, soit dans des régions éloignées. Mais on ne peut fonder là-dessus qu'une présomption, et c'est à l'exploration directe qu'il faut s'adresser encore pour avoir des renseignements précis et pour arriver à la certitude.

Par le toucher vaginal il est possible de reconnaître le poids et le volume relatifs de l'utérus. Si le corps utérin présente des signes d'engorgement, on est presque en droit d'affirmer qu'il y a métrite interne; car l'engorgement du tissu propre de la matrice est rarement simple; il se lie, en général, à une phlegmasie de la muqueuse, ainsi que nous le dirons bientôt.

Quoique le spéculum ne permette pas d'inspecter la surface interne de l'utérus, on peut néanmoins, à l'aide de cet instrument, reconnaître si l'écoulement vient de la cavité de la matrice; et dans ce cas, si la matière sécrétée est analogue à du blanc d'œuf, il est permis de conclure qu'il existe une métrite interne. La plupart des auteurs ont décrit cette affection sous le nom de *catarrhe de l'utérus*, comme s'il n'existait là qu'une simple lésion de sécrétion. Nous

nous sommes déjà expliqués sur ce sujet à l'occasion de la leucorrhée (page 183).

Il ne suffit pas d'avoir reconnu la métrite interne, il faut encore savoir jusqu'où elle s'étend dans la cavité de la matrice, et bien déterminer si elle est demeurée circonscrite à la cavité du col, ou si, ayant franchi l'orifice cervico-utérin, elle a envahi la surface interne du corps.

Dans cette circonstance, il faut tenir grand compte de tous les phénomènes morbides; c'est par une étude attentive de leur ensemble qu'on peut espérer d'arriver, dans un grand nombre de cas, au diagnostic de la métrite interne du corps de l'utérus.

Si la matière qui s'écoule à travers l'orifice utéro-vaginal est abondante, si sa quantité n'est pas en rapport avec la petite étendue de la cavité du col, cela suffit déjà pour faire présumer qu'elle vient à la fois de la cavité du col et de la cavité du corps; suivant toute probabilité, il existe alors une métrite interne du corps.

On ne saurait rien induire de certain, relativement à la question qui nous occupe, des qualités du produit leucorrhéique. Nous croyons que c'est à tort que M. Bennett a considéré l'écoulement muco-sanguinolent comme un signe pathognomonique de métrite interne du corps : nous ne nions pas l'importance de ce signe, quand il existe; mais comme il a manqué dans des cas où cette affection ne pouvait être révoquée en doute, son défaut ne nous paraît point impliquer l'absence de la métrite interne du corps. En général, les mucosités sanguinolentes doivent faire soupçonner que la métrite interne est accompagnée de granulations intra-utérines.

L'écoulement sanguin provoqué par le cathétérisme utérin n'est pas non plus un signe certain de métrite interne; car il fait souvent défaut, et l'on peut l'observer aussi en l'absence de toute phlegmasie utérine, lorsque, par exemple, on introduit une sonde dans l'utérus quelques jours avant ou après les règles.

La dilatation de l'orifice cervico-utérin et l'augmentation de profondeur de la cavité utérine sont des symptômes de métrite interne chronique du corps; mais ils ne méritent pas toute l'importance qu'on leur a attribuée. Réunis à d'autres signes, ils peuvent aider à reconnaître le siége de la phlegmasie utérine. Mais il faut bien savoir qu'ils manquent dans un assez grand nombre de cas, et qu'à leur place il n'est pas rare de rencontrer un rétrécissement de l'orifice

cervico-utérin et une diminution de la capacité utérine, dus au boursouflement de la muqueuse enflammée.

Les douleurs que développe la pression exercée sur le corps de l'utérus, lorsqu'il peut être atteint, surtout si elles s'accompagnent d'une hypertrophie de cette partie de l'organe, sont des signes d'une certaine valeur et dignes d'être pris en grande considération.

Parmi les douleurs spontanées de la métrite, il en est qui sont d'une haute importance pour le point de diagnostic que nous cherchons à éclairer ici : nous voulons parler des douleurs dites *expulsives*, sur lesquelles nous avons insisté plus haut, et qui impliquent presque nécessairement les efforts de l'utérus pour chasser au dehors quelque corps étranger. Ces douleurs deviennent très-significatives si elles sont suivies d'une sécrétion leucorrhéique plus abondante, et si elles se calment ou disparaissent à la suite de cet écoulement. Jusqu'ici, en effet, nous n'avons pas observé ce genre de douleurs dans la métrite externe ou dans la métrite interne du col. On conçoit cependant que le rétrécissement de l'orifice utéro-vaginal puisse déterminer des souffrances analogues dans l'inflammation interne du col; mais ce n'est là qu'une induction. Nous n'en avons jamais rencontré d'exemples.

Quand, à l'aide des signes que nous venons de faire connaître, il n'est pas possible d'arriver à un diagnostic certain, on doit mettre à profit les renseignements fournis par la thérapeutique, qui, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, est un moyen de contrôle efficace et une pierre de touche à peu près infaillible.

A cet effet, nous pensons qu'il est convenable de se comporter tout d'abord comme s'il existait seulement une métrite interne du col. De deux choses l'une : ou les phénomènes inflammatoires diminuent et cessent ensuite, ou bien ils persistent sans modification. S'ils cessent, sans qu'on ait eu besoin de porter les agents thérapeutiques jusque dans la cavité du corps, c'est que la métrite était bornée au col : il ne reste plus rien à faire. Si les symptômes de la métrite interne persistent en dépit d'un traitement rationnel, dirigé sur la cavité du col, c'est que l'inflammation s'étend au delà; et alors on ne doit plus hésiter à aller combattre la métrite jusque dans la cavité du corps. C'est en suivant ce précepte que nous sommes parvenus à guérir un certain nombre de malades qu'on croyait atteintes uniquement de métrite interne du col, et que

nous avions d'abord traitées inutilement dans cette hypothèse.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur le diagnostic de la métrite chronique interne ; ce sujet trouvera son complément naturel dans les chapitres consacrés à l'engorgement utérin, ou métrite parenchymateuse, à l'hypertrophie, aux granulations, aux rétrécissements, aux névralgies utérines et aux déviations.

Pronostic. — En général, le pronostic de la métrite chronique interne n'est pas grave; mais, si la phlegmasie utérine n'est pas dangereuse par elle-même, elle peut le devenir par les troubles qu'elle détermine souvent du côté d'autres organes essentiels à la vie, et surtout par les modifications profondes qu'elle est susceptible d'imprimer aux phénomènes de nutrition.

Pour faire connaître toute la gravité du pronostic dans les cas de complications, il suffit de nommer les phlegmasies intercurrentes des annexes de la matrice et du péritoine, les hémorrhagies utérines, le délire, le trouble des facultés mentales, les crises névralgiques, les paralysies partielles, l'appauvrissement du sang, l'anémie, l'épuisement des forces, les tubercules pulmonaires, etc., etc.

La métrite interne chronique n'est pas non plus sans gravité, si on l'envisage au point de vue des fonctions de l'organe malade. Nous ne devons pas oublier, en effet, qu'elle proscrit le plus souvent les rapports sexuels, qu'elle rend la fécondation difficile ou qu'elle devient la source de fausses couches fréquentes, quand la fécondation a pu s'opérer.

Si l'on se rappelle les symptômes qui appartiennent aux diverses espèces de métrite interne chronique, on comprendra que cette phlegmasie n'a pas la même gravité selon le siége qu'elle occupe. La métrite interne du col n'est pas aussi grave que la métrite interne du corps; mais on ne doit pas oublier que la première peut amener la seconde par l'extension du travail inflammatoire.

Dans le pronostic, on tiendra compte encore de l'état de simplicité ou de complication de la métrite : il est clair que la métrite simple est moins grave que la métrite accompagnée d'une déviation, d'une phlegmasie péri-utérine, d'une maladie de l'ovaire ou d'une péritonite.

On aura égard aussi à l'ancienneté de la phlegmasie, à la marche des symptômes, au nombre des recrudescences et à la constitution des malades. Toutes choses égales, d'ailleurs, la métrite interne chro-

nique est plus sérieuse chez une femme chétive ou affaiblie, et incapable de subir un traitement convenable, que chez une femme robuste qui peut supporter les rigueurs d'un traitement long ou énergique.

Il faut également tenir compte du degré de développement que présentent les artères utérines. Quand ces vaisseaux ont acquis un grand volume, on est assuré que la métrite interne est ancienne et que sa guérison sera plus difficile à obtenir.

La métrite interne chronique exerce sur la marche des tumeurs fibreuses une influence qu'il importe de signaler ici. On sait, et tous les auteurs sont d'accord à ce sujet, jusqu'à quel point la grossesse hâte le développement de ces productions. La métrite interne chronique détermine une action analogue par l'excès de vitalité qu'elle entretient dans l'utérus. Hâtons-nous d'ajouter que cette influence est d'ailleurs réciproque, et que les tumeurs ou les corps fibreux de l'utérus réagissent, à leur tour, d'une manière funeste sur la métrite.

Cette maladie peut-elle contribuer au développement du cancer? Cela est probable, mais seulement lorsqu'il existe chez la malade une diathèse cancéreuse. On sait, en effet, que l'utérus est le siége de prédilection de cette lésion organique; il ne répugne pas d'admettre qu'une phlegmasie puisse en être le point de départ et la cause occasionnelle. A ce point de vue encore, il est de la plus haute importance d'enrayer la marche, d'arrêter les progrès de la métrite, puisqu'on peut ainsi retarder, ajourner en quelque sorte, l'apparition du cancer.

Thérapeutique. — L'importance du traitement de la métrite interne chronique nous engage à le renvoyer à un chapitre spécial, dans lequel nous exposerons avec détail la thérapeutique de toutes les variétés de la phlegmasie chronique de l'utérus.

ARTICLE III.

DE LA MÉTRITE PARENCHYMATEUSE, OU DE L'ENGORGEMENT DE L'UTÉRUS.

Définition et divisions. — Les diverses altérations que nous venons de décrire existent seules le plus souvent; mais quelquefois aussi le travail phlegmasique, au lieu de rester limité à la muqueuse utérine, franchit cette membrane et se propage au tissu sous-jacent, qui constitue le tissu propre de l'utérus.

Cette lésion, à laquelle on a donné le nom de *métrite parenchymateuse* ou d'*engorgement inflammatoire*, était bien connue des anciens, ainsi que nous l'avons déjà dit; et Lisfranc lui a accordé une importance assurément exagérée. On sait que ce chirurgien, à l'exemple de quelques-uns de ses devanciers, admettait que la matrice pouvait être engorgée partiellement, c'est-à-dire dans quelqu'une de ses parois, les autres demeurant saines. A propos de l'historique général, nous nous sommes déjà expliqués là-dessus. En traitant des phlegmasies péri-utérines, nous nous prononcerons d'une manière plus formelle encore; nous chercherons à prouver que la plus grande partie des tumeurs que Lisfranc considérait comme des engorgements partiels de la matrice avaient, sans doute, leur siége dans les tissus qui entourent l'utérus. Pour le moment, nous nous bornons à nier absolument l'existence de ces engorgements *partiels* des parois du corps utérin, bien qu'elle ait été admise aussi par Dugès et Boivin, par MM. Duparcque, Bennett, Scanzoni, etc.

Les auteurs qui ont traité de l'engorgement utérin ont encore distingué des engorgements fongueux, des engorgements cancéreux, etc., et ils ont décrit très-soigneusement ces états pathologiques comme des variétés à part et méritant une mention spéciale. Quant à nous, nous ne nous occupons ici que de l'engorgement inflammatoire qui complique quelquefois la métrite interne, soit du col, soit du corps, renvoyant à l'étude du cancer, des corps fibreux, etc., les autres espèces d'engorgement, dont ils sont une conséquence nécessaire.

Il est important aussi de ne pas confondre l'engorgement de l'utérus avec l'hypertrophie simple. L'engorgement est le résultat d'un travail phlegmasique, qui a versé dans la trame de l'organe des

produits morbides, et qui s'accompagne infailliblement d'un trouble de sécrétion annonçant l'altération de la muqueuse; tandis que l'hypertrophie consiste simplement dans un développement excessif des éléments normaux : c'est un surcroît de nutrition, qui n'a amené aucun changement, ni dans la forme, ni dans la coloration, ni dans la consistance de la matrice; l'organe est plus volumineux que d'ordinaire, mais il n'est pas altéré dans sa texture.

La seule division qu'il soit permis d'adopter pour ce genre d'altération, c'est celle qui distingue les engorgements du tissu propre de l'utérus en : 1° *engorgement du col*, 2° *engorgement du corps*, 3° *engorgement de la totalité de l'organe*.

Tous les auteurs s'accordent pour admettre l'existence des engorgements du col utérin; il n'en est pas de même de l'engorgement du corps. Tandis que Lisfranc le considérait comme très-fréquent, M. Velpeau le niait d'une manière presque absolue; plus tard il l'admit, mais comme une lésion exceptionnelle; il s'est élevé avec raison, suivant nous, contre les exagérations de la doctrine de Lisfranc.

Quelle que soit celle des parties de l'organe qu'il occupe, l'engorgement utérin, nous le répétons, n'est presque jamais simple. Il s'associe en général à une lésion de la muqueuse, soit qu'il se développe simultanément, soit qu'il n'apparaisse que secondairement, et par la propagation du travail phlegmasique.

Dans la métrite puerpérale ou postpuerpérale, il est rare qu'il n'y ait pas à la fois engorgement du tissu propre et lésion de la muqueuse. Mais, dans la métrite qui ne succède pas à l'accouchement, la phlegmasie demeure le plus souvent bornée à la membrane interne de la matrice.

Anatomie pathologique. — La plupart des auteurs qui ont fait l'anatomie pathologique de la métrite parenchymateuse chronique ont reproduit l'erreur de Lisfranc en décrivant des engorgements partiels du corps de l'utérus. Quant à nous, nous n'avons jamais rencontré ces sortes de lésions; et nous pensons que ce sont là de pures hypothèses, ou plutôt, comme nous chercherons à l'établir ailleurs, ce sont des erreurs de diagnostic, c'est-à-dire des tumeurs péri-utérines prises pour des engorgements partiels des parois de la matrice.

Ce que nous allons dire ici s'applique aussi bien à l'engorgement du corps qu'à l'engorgement du col de l'utérus.

Le travail inflammatoire chronique développé dans le tissu propre de l'utérus donne lieu à des altérations variables suivant la durée de la phlegmasie, l'intensité et la profondeur de ses ravages.

L'organe est généralement augmenté de volume et de poids, sans que la forme en soit sensiblement altérée. La matrice peut acquérir ainsi un développement qui double, triple et quadruple même ses dimensions normales. Dans ce cas, elle contracte le plus souvent des rapports nouveaux avec les organes voisins; elle exerce une traction sur ses ligaments, et il n'est pas rare de la trouver dans un certain degré d'abaissement ou de déviation.

Rien de précis ni de fixe pour la cavité utérine, dont la capacité a été trouvée tantôt normale, tantôt plus petite, tantôt plus étendue qu'à l'état physiologique; c'est ce qu'il est toujours facile de constater sur le vivant par le cathétérisme.

Le plus souvent les parois de la matrice sont épaissies d'une manière à peu près uniforme; d'autres fois elles présentent, en certains points, un amincissement considérable, résultant d'une résorption atrophique. Cette perte de consistance et de densité, qui intéresse tantôt la paroi antérieure, tantôt la paroi postérieure, est la cause la plus fréquente des flexions utérines.

Si la phlegmasie est récente, le tissu propre de l'utérus est tuméfié, gorgé de sang, infiltré d'un liquide séro-sanguinolent; sa coupe donne une surface saignante, d'une teinte plus ou moins foncée. Le calibre des vaisseaux est notablement augmenté; et les veines présentent çà et là de petites dilatations variqueuses, et dans les poches qu'elles forment on trouve quelquefois des coagulums et des concrétions fibrineuses. A cette période de la métrite parenchymateuse chronique, qui correspond à la première phase de la métrite interne chronique, les fibres musculaires sont ordinairement épaissies, hypérémiées et ramollies.

A un degré plus avancé, correspondant au second degré de la métrite interne chronique, le tissu cellulaire s'hypertrophie; les fibres musculaires prennent l'apparence du tissu fibreux ou subissent la transformation graisseuse; les artères et les veines se rétrécissent. Assez fréquemment des éléments fibro-plastiques se développent et viennent s'accoler aux tissus normaux. Le tissu de la matrice, ainsi transformé, est dur, friable, criant sous le

scalpel ; la surface de la section est décolorée, exsangue, jaunâtre.

M. Duparcque dit avoir constaté que les fibres musculaires sont quelquefois écartées par une matière fibrineuse plus ou moins concrète, et qui se peut exprimer par la pression ou le grattage, surtout après une macération de quelques jours.

« Ces caractères anatomiques, disent MM. Hardy et Béhier, séparent nettement la métrite parenchymateuse chronique de l'hypertrophie simple de l'utérus et de l'induration squirrheuse. Dans l'hypertrophie, il y a seulement augmentation de volume, sans induration ni ramollissement, sans hypérémie, sans dépôt fibrineux. Dans le squirrhe, la dureté est plus grande, l'organisation normale se modifie, et l'on voit entre les fibres, non pas une matière molle, plastique, mais une substance compacte, plus grise, plus transparente, qui, par sa consistance, se rapproche du cartilage, et dans laquelle l'examen microscopique permet de constater l'existence de cellules cancéreuses. »

Étiologie et pathogénie. — L'engorgement utérin peut être distingué, étiologiquement, en *puerpéral* et *non puerpéral*.

Le premier est de beaucoup le plus fréquent. Son mécanisme est aisé à comprendre. Une inflammation subaiguë saisit, surprend la matrice, quelques jours après l'accouchement, avant que l'organe ait repris ses dimensions normales. L'intervention du travail morbide, au milieu de la période de retrait, va troubler, interrompre, ou au moins ralentir la marche de la matrice revenant sur elle-même. De cet état phlegmasique, dont la durée peut être plus ou moins longue, à cause du peu de réaction qu'il provoque, résulte, comme de toute irritation prolongée, un excès de vitalité et de nutrition du tissu utérin, qui va demeurer hypertrophié.

Si cette hypertrophie morbide porte plus particulièrement sur les couches profondes de l'organe, elle est dite *concentrique ;* les parois s'épaississent alors aux dépens de la cavité. Si, au contraire, l'hypertrophie atteint surtout les couches périphériques, l'augmentation d'épaisseur porte spécialement en dehors de l'utérus, sans diminution sensible de sa capacité, et l'hypertrophie est dite *excentrique*.

Cette explication s'applique également aux engorgements du col.

Nous n'avons pas besoin de dire de quelle manière le col et le corps, dont l'évolution est indépendante dans la grossesse, comme on le sait, peuvent être engorgés isolément et à l'exclusion l'un de

l'autre. Rappelons qu'entre ces deux parties du même organe, il y a indépendance de circulation et d'innervation, et, jusqu'à un certain point, indépendance de texture.

L'engorgement non puerpéral reconnaît pour causes les plus communes et les plus actives : les abus de coït, l'usage des pessaires, et toutes les actions traumatiques exercées sur l'utérus ou sur son col. On comprend que, le col utérin étant surtout accessible à l'influence de ces causes, c'est à peu près exclusivement sur lui que porte l'hypertrophie inflammatoire provenant d'un de ces agents mécaniques.

Mais il faut convenir que l'engorgement qui résulte de ces causes, ou l'engorgement non puerpéral, est assez rare.

Symptomatologie. — Nous décrirons successivement les signes propres à l'engorgement du col, puis ceux qui caractérisent l'engorgement du corps. Les détails dans lesquels nous allons entrer à ce propos nous dispenseront de faire une description spéciale de l'engorgement simultané du corps et du col utérin, ou de la totalité de la matrice, cette description étant implicitement contenue dans les deux autres.

I. ENGORGEMENT DU COL UTÉRIN. — L'engorgement du col utérin ne s'observe guère que chez les femmes qui ont eu des enfants ; et il accompagne fréquemment, chez elles, la métrite externe, soit simple, soit granuleuse. M. Bennett a cité un exemple d'engorgement considérable du col, chez une jeune fille vierge ; il a même donné la figure de cette lésion, qui est vraiment extraordinaire. Dans notre longue pratique nous n'avons jamais rencontré l'engorgement du col chez les vierges, et même nous ne l'avons vu que très-rarement chez les femmes mariées et nullipares.

L'engorgement du col se reconnaît à l'aide du toucher et du spéculum.

Il peut être *partiel* ou *général*.

L'*engorgement partiel* occupe plus souvent la lèvre postérieure que la lèvre antérieure du museau de tanche. Quelquefois l'une des lèvres dépasse tellement l'autre, que le col paraît taillé en biseau à la manière d'un bec de flûte.

Il s'accompagne tantôt de la dilatation, tantôt du rétrécissement

de l'orifice de la cavité cervicale, plus souvent de la dilatation, comme il arrive généralement à la suite des couches.

Dans l'état d'hypertrophie, le bourrelet formé par le col est plus volumineux, plus épais qu'à l'état normal, et la consistance du tissu est augmentée.

Ces altérations s'apprécient surtout très-bien au moyen du spéculum. Ce mode d'exploration permet encore de voir des espèces de sillons qui rayonnent assez régulièrement du museau de tanche vers le bord externe du col.

II. Engorgement du corps utérin. — Il se reconnaît à l'aide du toucher surtout, et, comme nous le dirons en parlant du diagnostic, au moyen du cathétérisme, dans les cas obscurs.

L'engorgement du corps présente différents degrés, depuis un épaississement à peine appréciable des parois jusqu'à un développement assez considérable pour maintenir l'utérus hors de ses limites normales et le porter au-dessus de la symphyse du pubis. Il est aisé de se figurer tous les degrés intermédiaires qui peuvent exister entre ces deux points extrêmes d'un même état pathologique.

Quand l'utérus est atteint de cette lésion, son poids est augmenté sensiblement, ce qu'il est facile de constater en soulevant l'organe au moyen du doigt introduit dans le vagin.

Son volume est accru d'une manière variable, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais toujours assez notablement pour pouvoir être constaté par les différents modes de toucher, et surtout par le palper hypogastrique et le toucher vaginal combinés.

La sensibilité de la matrice est quelquefois exaltée.

Enfin, dans la majorité des cas, on trouve en même temps les signes de la métrite interne du corps réunis à ceux de l'engorgement du tissu propre.

Diagnostic. — L'engorgement de l'utérus peut être confondu avec les déviations utérines et les diverses tumeurs développées, soit dans l'organe lui-même, soit dans son voisinage.

Les détails dans lesquels nous entrerons à propos du diagnostic des phlegmasies péri-utérines nous dispensent d'insister ici sur les caractères différentiels de l'engorgement utérin et des tumeurs développées autour de l'utérus.

Nous allons donc nous occuper uniquement de son diagnostic avec les tumeurs utérines.

1° L'hypertrophie simple se distingue de l'engorgement phlegmasique par la consistance normale de l'organe, par l'absence de douleur et de tout symptôme inflammatoire.

2° Quand un corps fibreux occupe seulement une partie de l'utérus, ce qui est le plus commun, ou quand il s'en détache par un pédicule, il n'est pas possible de le confondre avec l'engorgement utérin, qui intéresse toujours, comme nous l'avons dit, la totalité du corps de l'organe.

Mais il est des cas où le tissu de la matrice est comme moulé sur le corps fibreux, le coiffe, pour ainsi dire, de manière à conserver encore sa forme. Alors on distingue la tumeur fibreuse à l'absence de tout phénomène inflammatoire, et à la consistance dure, caractéristique des tissus de même nature. Dans le doute, on peut instituer le traitement de l'engorgement, et, suivant les résultats qu'il produit, on juge à quelle lésion on a affaire. Si la tumeur se résout, il s'agit d'un engorgement; si elle résiste, et surtout si elle continue à s'accroître, on doit craindre une tumeur fibreuse.

3° Le cancer débute, le plus souvent, par le col de l'utérus. Les caractères en sont tellement tranchés, qu'il n'est guère possible de le confondre avec l'engorgement dont il est ici question. D'ailleurs, nous traiterons plus amplement ce sujet à propos du cancer utérin. Si, dans le principe, il pouvait y avoir quelque obscurité dans le diagnostic, la marche si différente des deux affections ne tarderait pas à dissiper toute confusion.

4° Dans la grossesse, la matrice conserve sa consistance normale; elle augmente régulièrement de volume; enfin, on constate un certain nombre de signes positifs qui ne peuvent laisser aucun doute, si l'on tient la femme quelque temps en observation.

5° Tant qu'une môle séjourne dans la cavité utérine, on ne peut que soupçonner la lésion à laquelle on a affaire; mais, tôt ou tard, l'issue du corps étranger hors de la matrice vient infailliblement éclairer le diagnostic.

6° Un polype s'annonce par des métrorrhagies fréquentes, par une consistance assez ferme de la matrice, par son augmentation graduelle de volume, par des douleurs expulsives, et souvent par l'issue de la tumeur à travers l'orifice dilaté du museau de tanche.

On voit qu'en ce qui concerne le diagnostic de l'engorgement

utérin avec la grossesse, les môles et les polypes, la marche ultérieure de la maladie fournit des renseignements essentiels et des données d'une telle importance, qu'il convient, dans tous les cas où ces différentes tumeurs peuvent être soupçonnées, de se tenir sur l'expectative et d'observer soigneusement les sujets.

Enfin si, par voie d'exclusion, on a pu mettre de côté la grossesse, *et seulement alors*, on est autorisé à recourir au cathétérisme utérin, qui, dans les cas de môle ou de polype, permet de sentir la présence du corps étranger dans la cavité utérine.

7° Une exploration attentive, pratiquée à l'aide des divers procédés que nous avons fait connaître dans nos prolégomènes, et surtout le toucher vaginal et le toucher hypogastrique réunis, ne permettent point de confondre l'engorgement avec les déviations utérines. Du reste, ces dernières lésions ne peuvent en imposer que pour des engorgements partiels du corps de la matrice. C'est ainsi que Lisfranc, qui admettait ces engorgements, a dû se tromper souvent. Quant à nous, nous ne sommes point exposés à commettre la même erreur, puisque nous rejetons ces sortes d'engorgements.

Marche, durée, terminaisons. — Elles sont, en général, subordonnées à celles de la métrite interne, qui accompagne presque toujours la métrite parenchymateuse. Cependant il faut dire que quelquefois on triomphe de la phlegmasie de la muqueuse utérine sans avoir encore obtenu l'entière résolution de la phlegmasie du tissu propre. Cela s'observe surtout avec les médications ordinaires, qui se bornent à un traitement purement topique; mais en employant les moyens thérapeutiques que nous ferons connaître bientôt, on voit parfois les deux phlegmasies céder en même temps. Néanmoins nous sommes obligés de reconnaître que le traitement, même le plus rationnel, est beaucoup plus long quand les deux lésions coexistent; si bien qu'il est vrai de dire que l'engorgement utérin retarde toujours la guérison de la métrite interne, et *vice versâ*.

Pronostic. — Ce que nous avons dit, à ce sujet, de la métrite interne chronique s'applique aussi bien à la métrite parenchymateuse. Ici viendrait encore se poser la question de savoir si l'engorgement peut dégénérer en squirrhe. Nous renvoyons, pour la discussion de ce sujet, à l'article *Cancer*.

Thérapeutique. — Il en sera parlé dans le chapitre suivant, où sont exposés longuement les moyens de traitement qui conviennent à la métrite chronique.

CHAPITRE IX.

TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE LA MÉTRITE CHRONIQUE.

Si nous voulions suivre l'ordre adopté dans le précédent chapitre, nous devrions commencer par le traitement de la métrite externe. Mais nous avons pensé qu'il serait préférable et plus avantageux d'exposer d'abord le traitement de la métrite interne, en raison de l'importance de cette phlegmasie, et de son influence sur le développement et la marche de la métrite parenchymateuse et de la métrite externe.

ARTICLE PREMIER.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE INTERNE.

La métrite chronique interne, en raison des lésions locales qu'elle présente et des phénomènes éloignés ou sympathiques qu'elle éveille, donne lieu le plus souvent à des indications multiples et variées. Les moyens thérapeutiques propres à satisfaire à ces diverses indications peuvent se ranger sous deux ordres principaux : — 1° des *moyens généraux et indirects*; — 2° des *moyens locaux et directs*.

§ I. — Traitement général et indirect.

Il comprend une série de moyens thérapeutiques ayant particulièrement pour but de combattre le molimen congestif et le processus inflammatoire du système utérin, en agissant sur l'ensemble de l'économie, et principalement sur les éléments circulatoire et nerveux.

Ces moyens sont les suivants : — Émissions sanguines; dérivatifs et révulsifs; — évacuants; — bains; — hydrothérapie; — topiques appliqués à l'extérieur et topiques intra-vaginaux; — calmants; — agents spécifiques; — soins hygiéniques, etc.

Émissions sanguines. — Tous les auteurs sont d'accord sur l'opportunité des émissions sanguines dans la métrite aiguë; mais tandis que quelques-uns les préconisent encore dans la métrite chronique, d'autres les proscrivent d'une manière presque absolue. Les nombreuses observations que nous avons recueillies nous ont pleinement convaincus de leur efficacité dans *certains cas très-déterminés*, que nous spécifierons plus loin.

Relativement au mode d'émission sanguine qu'il convient d'employer, il existe parmi les gynécologistes une divergence d'opinions : les uns préfèrent la saignée locale, les autres ont recours exclusivement à la saignée générale. Sans nous préoccuper des discussions théoriques que cette question a soulevées, nous allons tracer les règles qui doivent guider le choix du praticien.

Les émissions sanguines ne doivent pas être appliquées indistinctement à tous les cas. Leur emploi est subordonné à des indications et à des contre-indications assez précises, qui se déduisent du siége de l'inflammation, de l'intensité de la douleur locale, du développement plus ou moins grand des artères utérines, de l'exagération de la chaleur locale, de la nature des complications, et enfin de la constitution des malades.

1° *Indications relatives au siége de l'inflammation.* — Lorsque la métrite chronique interne occupe seulement le col de l'utérus, on doit s'abstenir des émissions sanguines, si la phlegmasie est simple et exempte de toute complication; les autres moyens, dans ce cas, suffisent pour obtenir la guérison.

Mais les émissions sanguines peuvent être utiles et le sont le plus généralement, quand la métrite, ainsi bornée, se complique de phlegmasie péri-utérine.

L'inflammation occupe-t-elle simultanément la cavité du col et celle du corps de l'utérus, nous l'avons vue fréquemment arriver à résolution sans l'emploi des émissions sanguines; dans quelques circonstances rares, exceptionnelles, elle a cédé à l'usage exclusif de cette médication. Mais, dans la majorité des cas, il nous a fallu

recourir à un traitement complexe, tel que nous le ferons connaître bientôt.

2° *Indications relatives à l'intensité de la douleur.* — Ici il importe de faire une distinction, que nous considérons comme capitale; elle est relative à la nature, ou, si l'on veut, à la source de la douleur. Si celle-ci s'accompagne d'un certain degré de réaction, et qu'elle augmente par la pression; si elle tient à la prépondérance de l'élément sanguin; si elle est, en un mot, d'origine inflammatoire,— le meilleur remède à lui opposer, c'est la saignée. Dans ce cas, l'évacuation sanguine est suivie d'un soulagement si grand, et quelquefois si rapide, que certaines malades sentent leur douleur se calmer et disparaître à mesure que le sang s'échappe de la veine. Il n'en est plus ainsi lorsque la douleur se lie à un élément nerveux, lorsqu'elle est d'origine purement névralgique : alors les émissions sanguines demeurent sans effet, et même elles peuvent être nuisibles en provoquant une exacerbation très-marquée dans les souffrances. Il importe donc de bien distinguer ces deux sortes de douleurs.

Dans les cas difficiles, obscurs, exceptionnels, où il n'est pas possible de faire à priori cette distinction, nous avons l'habitude de commencer le traitement par les calmants, les antispasmodiques, les sédatifs du système nerveux. Si ces moyens échouent, et que, d'ailleurs, *il n'y ait point de contre-indication formelle* résultant de la débilité de l'organisme, on peut pratiquer, en manière d'exploration, une petite émission sanguine (générale ou locale, suivant les cas). Si le calme lui succède, il faut y revenir avec la réserve et la circonspection que réclame l'état des malades; si, au contraire, la douleur s'exalte, il faut de nouveau recourir aux calmants. Toutefois on doit être prévenu que, même dans les cas de douleur inflammatoire, la saignée peut être suivie, au bout de quelques heures, d'une recrudescence assez vive; mais alors l'exaspération douloureuse a ceci de particulier, qu'elle succède à une courte période de rémission et cède assez rapidement pour faire place à un soulagement de plus longue durée. Quelquefois l'élément sanguin l'emporte sur l'élément nerveux, et réciproquement. On doit donc chercher à maintenir l'équilibre, et surveiller activement les effets immédiats et éloignés du traitement. C'est en attaquant convenablement l'un et l'autre de ces éléments, de façon qu'aucun d'eux ne prédomine, qu'on vient à bout de triompher des souffrances.

3° et 4° *Indications tirées de la chaleur locale et du développement des artères utérines.* — L'exagération de la chaleur locale et le développement anormal des artères utérines sont les signes certains, ou d'une hypérémie active, ou d'une recrudescence imminente, ou d'un état inflammatoire subaigu; dans ce cas, les émissions sanguines sont parfaitement indiquées, et le plus souvent elles amènent du soulagement.

5° *Indications tirées de la nature des complications.* — Les phlegmasies péri-utérines (ovarite, phlegmon, pelvi-péritonite) sont les complications les plus fréquentes de la métrite chronique interne. Ces phlegmasies contribuent à entretenir et surtout à aggraver la métrite; tant qu'elles persistent, il est inutile et même il peut être dangereux d'entreprendre le traitement direct de l'inflammation utérine. Il faut donc écarter d'abord ces fâcheuses complications; et, comme nous le dirons plus tard, c'est principalement par les émissions sanguines qu'on y parvient.

Il est d'autres complications, au contraire, qui sont des contre-indications aux émissions sanguines, tels sont : la chloro-anémie portée à un haut degré, un état nerveux exagéré, et surtout la phthisie pulmonaire imminente ou confirmée.

6° *Indications tirées du tempérament et de la constitution.* — Le tempérament et la constitution des malades doivent être pris en très-grande considération. On en déduit les données les plus utiles sur l'opportunité des émissions sanguines. Car cette médication ne saurait être employée indifféremment selon que l'on a affaire à un tempérament lymphatique, nerveux ou sanguin, à une constitution forte et robuste, ou à une constitution faible et épuisée. Nous nous abstenons des émissions sanguines chez les malades dont le sang est très-appauvri et dont les fonctions réparatrices sont profondément altérées; nous ne les pratiquons qu'avec la plus grande réserve, et seulement lorsque leur nécessité est démontrée, dans tous les cas où l'organisme présente un certain degré de débilitation congénitale ou acquise.

La saignée, appliquée à la métrite chronique interne, peut être *générale* ou *locale*, et il importe de savoir distinguer quand l'un de ces deux modes d'émission sanguine doit être préféré à l'autre.

Saignée générale. — Lisfranc, comme on le sait, était d'avis que, dans la métrite, l'inflammation occupe le tissu propre de l'utérus. Frappé des redoublements que chaque époque menstruelle amène presque toujours dans le travail inflammatoire, il conseillait la saignée générale, dans le but de détruire les fâcheux effets de la fluxion physiologique. Si la malade était forte et pléthorique, il pratiquait une émission sanguine assez abondante pour désemplir le système vasculaire. Mais lorsqu'il s'agissait, au contraire, de combattre la congestion utérine chez une femme faible et d'un sang peu riche, il avait recours à de petites saignées qu'il appelait *révulsives*. Ainsi, par la saignée générale *déplétive*, plus ou moins répétée, il avait en vue de prévenir les recrudescences occasionnées par la fluxion menstruelle; par la saignée *révulsive*, il se proposait de combattre les accidents. Il proportionnait donc l'émission sanguine au résultat qu'il voulait obtenir.

Ces préceptes ont quelque chose de trop absolu, et nous ne saurions les admettre tels que Lisfranc les a formulés. Dans l'application de notre méthode de traitement, nous ne perdons jamais de vue la maxime si connue : « *A juvantibus aut lædentibus indicatio.* »

A-t-on affaire à une malade pléthorique, à système vasculaire développé, la saignée déplétive peut être employée. Là n'est pas la difficulté; elle est bien plutôt dans la détermination des cas où la saignée locale doit être préférée à la saignée générale, et réciproquement.

L'*indication des émissions sanguines une fois reconnue* aux signes que nous avons précédemment exposés, la saignée générale doit être préférée, au début surtout, si la malade présente les attributs d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution. Il faut recourir, au contraire, à la saignée locale si, l'*indication existant*, la malade est d'une constitution plus faible et si elle offre une de ces formes de tempérament qui se prêtent peu aux émissions sanguines.

La saignée du bras a-t-elle diminué les douleurs du bas-ventre, produit une amélioration notable et amendé les phénomènes inflammatoires, on peut, et même, généralement, on doit la répéter. A-t-elle, au contraire, déterminé une aggravation des accidents, on doit y renoncer, malgré les indications énoncées plus haut, et la remplacer par la saignée locale.

A quels intervalles et dans quelle mesure convient-il d'employer la saignée?

Lorsque la malade est d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, lorsqu'elle est sujette à des recrudescences fréquentes, et que les symptômes de réaction générale et locale sont accentués, on peut avec avantage répéter la saignée deux fois par mois, en la proportionnant toujours à la force des sujets et à l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Si, au contraire, la malade est d'une constitution moyenne, et que son sang ne soit que médiocrement riche, on n'aura recours à la saignée que dans les cas où les souffrances deviendront très-vives et seront manifestement liées à un état hypérémique de l'utérus et des organes intra-pelviens. Alors cette saignée ne dépassera jamais 60 ou 90 grammes, et elle sera faite de préférence après l'époque menstruelle.

Ces petites saignées, pratiquées expressément dans les conditions que nous venons de signaler, nous ont souvent donné des résultats très-favorables, comme l'établissent la plupart des observations rapportées à la fin de cet ouvrage.

Quand on pratique une saignée révulsive, on voit survenir assez souvent tous les phénomènes qui dénotent l'appel du sang vers les extrémités supérieures : coloration du visage, céphalalgie, étouffements, palpitations, etc... Au bout d'une heure ou deux, ces phénomènes disparaissent, et la malade ressent tous les bienfaits de la saignée. Chez quelques femmes, ces symptômes peuvent devenir assez intenses et assez prolongés pour contre-indiquer l'emploi de nouvelles saignées du bras. A plus forte raison faut-il s'en abstenir chez les personnes sujettes aux hémoptysies, aux congestions cérébrales, etc.

La saignée générale est surtout indiquée, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans les cas où l'utérus devient le siége, à chaque époque menstruelle, d'une congestion sanguine excessive, lorsque le flux cataménial se fait avec une plus grande abondance ou se prolonge plus longtemps qu'à l'état normal, constituant ainsi une véritable métrorrhagie. Dans cette circonstance, la saignée locale est inutile, impuissante ou nuisible, parce qu'elle détermine généralement un appel du sang vers les parties où on l'applique.

Lorsque l'écoulement des règles est faible et que la difficulté de la menstruation se trouve liée, soit à un excès de congestion utérine, soit à l'intensité du molimen inflammatoire, — ce qu'il est important de reconnaître, — il est ordinairement utile de pratiquer une très-petite saignée générale, quelques jours avant l'époque des règles. Nul moyen n'est alors plus propre à diminuer la pléthore locale et à régulariser le cours du flux sanguin, même chez les malades dont le sang est appauvri. J'ai vu une jeune fille de dix-neuf ans, chloro-anémique, dont les règles étaient supprimées depuis quatre mois. Estimant d'abord que cette aménorrhée était liée à la chloro-anémie, je fis prendre à la malade des pilules de Vallet, et je la soumis à un régime substantiel, composé surtout de viandes noires et rôties. Au bout de quatre mois, les règles n'avaient point reparu et l'état de la santé générale n'était pas changé. J'interrogeai alors soigneusement la jeune fille, et j'appris que depuis longtemps elle souffrait dans le bas-ventre, à gauche, plus particulièrement à l'époque des règles. Convaincu dès lors qu'un état congestif trop intense était le seul obstacle à l'écoulement menstruel, je pratiquai une saignée de 60 grammes, qui amena une diminution rapide des douleurs et le retour régulier de la menstruation.

Il est ainsi beaucoup d'aménorrhées qui tiennent à un état congestif de l'utérus, et que la saignée générale révulsive fait disparaître. Il n'en est plus de même lorsque la suppression des règles se rattache à un appauvrissement du sang; car alors non-seulement la saignée ne rétablit pas la fluxion menstruelle, mais elle ne fait que la retarder.

On voit donc, d'après ce qui précède, que si la saignée générale doit être proscrite dans la très-grande majorité des cas chez les femmes d'une complexion délicate et à système sanguin peu riche, elle peut aussi être employée quelquefois, et dans des circonstances exceptionnelles, chez les mêmes sujets, mais avec le soin de ne pas la porter au delà de 30 à 45 grammes.

Il résulte de ce que nous venons de dire que, si l'utilité de la saignée est incontestable dans le traitement de la métrite chronique interne *pour les cas que nous venons de spécifier,* il faut se bien garder pourtant de la prodiguer sans motif; car on verrait survenir alors tous les accidents qu'occasionne l'appauvrissement du système sanguin.

Lorsque l'inflammation est très-vive et oblige de répéter la saignée du bras, on doit la pratiquer à très-faible dose.

Au début de notre pratique, nous avons rencontré des malades chez lesquelles les accidents inflammatoires nous ont contraint de pousser les saignées plus loin que nous ne l'aurions voulu ; nous avons eu à nous louer alors d'avoir, dès l'origine du traitement, usé de ce moyen avec une sage réserve et une sobriété bien calculée ; car il nous a suffi souvent, pour calmer les souffrances de la malade, de lui retirer seulement 30 grammes de sang. Nous avons pu ainsi répéter plusieurs fois la saignée, sans soustraire plus de sang qu'on n'a coutume d'en enlever à l'aide d'une seule émission sanguine, dans le cours d'une phlegmasie aiguë.

C'est pour n'avoir pas tenu compte des réserves que nous venons de faire et des indications formelles que nous avons posées, que certains critiques, sur un examen trop superficiel sans doute, nous ont accusé de saigner d'une manière abusive.

Ainsi, généralement, nous répétons peu la saignée dans la métrite chronique du corps : cependant nous ne pourrions ici formuler aucune règle précise; car — nous ne saurions trop le redire, — le nombre des saignées doit être subordonné et à la constitution des malades et surtout à l'intensité des accidents inflammatoires, hormis certains cas exceptionnels que nous avons signalés, notamment la pléthore utérine.

Parfois, comme nous l'avons déjà dit, après l'emploi de la saignée, l'élément nerveux devient prédominant et les souffrances s'accroissent. Nous ferons connaître plus loin les moyens de remédier à cet accident.

Nous ne dirons rien de la saignée du pied, qui a été justement abandonnée.

Saignée locale. — Elle consiste dans les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées.

a. Des sangsues. — On peut poser les sangsues sur la partie interne des cuisses, sur l'abdomen; à la vulve, à l'anus et sur le col de l'utérus. Le point d'application des sangsues n'est pas indifférent.

Guilbert, le premier, et M. Duparcque, après lui, ont conseillé l'application des sangsues sur le col utérin, et ils assurent en avoir retiré de grands avantages. Aran, MM. Bennett, Scanzoni, Bernutz et

Courty se sont montrés partisans de cette méthode et en ont également vanté les effets.

Plusieurs fois aussi nous avons eu recours à l'emploi de ce moyen. Quelques-unes de nos malades, chez lesquelles les autres modes d'émission sanguine ne réussissaient pas, ont été soulagées; mais d'autres ont éprouvé une recrudescence inflammatoire assez rapide. Ce résultat dépendait-il du nombre des sangsues employées? Nous ne le pensons pas; car nous nous sommes conformés aux prescriptions de MM. Duparcque et Bennett. Quoi qu'il en soit, nos observations ne sont guère favorables à l'application de sangsues sur le col; aussi, à cet égard, nous sommes de l'avis de Boivin et Dugès, qui regardent cette méthode comme très-chanceuse, et ne l'adoptent que lorsque les autres genres d'émissions sanguines demeurent sans efficacité.

Il importe donc, avant d'aller plus loin, de poser nettement les indications et les contre-indications de l'application des sangsues sur le col utérin.

Cette application est spécialement contre-indiquée :

1° Lorsque l'hyperesthésie du vagin ou de l'utérus est très-prononcée et rend difficile ou douloureuse l'introduction du spéculum.

2° Lorsque le tissu propre du col utérin est le siége d'un engorgement inflammatoire considérable et d'une vascularisation très-grande, pouvant donner lieu à des hémorrhagies abondantes.

3° Lorsque la menstruation ou le flux leucorrhéique s'accompagne de douleurs expulsives très-intenses, qui dénotent une extrême sensibilité de l'orifice cervico-utérin. Dans ces circonstances, les piqûres de sangsues amènent presque toujours des crises douloureuses d'une grande violence.

4° La métrorrhagie et la ménorrhagie sont pour nous des contre-indications formelles, malgré l'opinion contraire professée par beaucoup de gynécologistes.

5° Les mêmes auteurs n'hésitent pas à recourir aux applications de sangsues sur le col utérin dans les cas où la métrite est compliquée d'une phlegmasie péri-utérine; nous ne saurions ni partager ni approuver cette manière de faire; en général, nous croyons qu'il vaut mieux s'abstenir de ce mode d'émission sanguine toutes les fois qu'il existe une complication inflammatoire des tissus voisins de [illegible]. Dans un cas où nous ne nous étions pas laissés arrêter [illegible] nature, nous avons vu, à la suite d'une

application de sangsues sur le col utérin, l'inflammation péri-utérine, s'aggraver et se terminer par suppuration.

6° Une dernière contre-indication est tirée de la direction défectueuse de la matrice et de la mauvaise position du col. Ainsi dans certaines déviations, il est si difficile d'atteindre le col, d'amener et de maintenir le museau de tanche dans l'axe du spéculum; ces manœuvres sont, en outre, si douloureuses pour les malades, qu'il vaut mieux s'abstenir et renoncer à un moyen dont l'efficacité pourrait bien, dans l'espèce, ne pas compenser les souffrances qu'il occasionne.

Nous ne conseillons l'application des sangsues sur le col utérin que dans les cas de métrite chronique où aucune de ces contre-indications n'existe et où tous les autres modes de traitement ont échoué.

La forme de métrite chronique où ce mode d'émission sanguine nous paraît le plus opportun et le plus utile est la métrite parenchymateuse ou l'engorgement simple de l'utérus, à la condition, cependant, que l'hypérémie inflammatoire ne soit pas excessive, et qu'elle n'affecte pas les caractères locaux et généraux de l'état aigu : car alors on rentre dans la deuxième des contre-indications précédemment formulées.

Dans certaines circonstances, et chez les malades d'une bonne et forte constitution, nous avons eu à nous louer de faire précéder l'application des sangsues sur le col utérin d'une petite saignée générale.

Divers accidents peuvent être occasionnés par l'application des sangsues sur le col utérin; nous les signalerons immédiatement, afin de pouvoir indiquer, dans la description du procédé opératoire, le moyen de les éviter.

Et d'abord, les sangsues peuvent s'échapper hors du spéculum, se glisser entre les valves de l'instrument et la paroi vaginale, et aller ensuite prendre sur un point de cette paroi.

En second lieu, les sangsues peuvent s'insinuer dans l'orifice béant du museau de tanche et pénétrer jusque dans la cavité utérine. Nous avons été témoins d'un accident de ce genre; la sangsue a été expulsée morte au bout de cinq ou six heures. Des faits semblables ont été observés par Aran, MM. Scanzoni, Siredey, Courty et Besnier.

Chez certaines femmes, douées d'une sensibilité exagérée du col

utérin, et chez la plupart des malades, lorsque les sangsues s'attachent au pourtour même de l'orifice du museau de tanche, les piqûres provoquent subitement des douleurs très-vives, de véritables spasmes douloureux, désignés très-justement par M. Scanzoni sous le nom de douleurs *crampoïdes*.

Enfin, un accident fréquent dans les cas où le col utérin est fortement congestionné, c'est l'hémorrhagie consécutive à la chute des sangsues, hémorrhagie souvent assez abondante pour causer des défaillances, des syncopes graves et ultérieurement une longue prostration des forces.

Voici de quelle manière il faut procéder à l'application des sangsues sur le col utérin et quelles précautions on doit prendre pour prévenir ou pour combattre les accidents qui peuvent en résulter :

La malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, un spéculum plein est introduit suivant les règles ordinaires : le col est saisi, mis à découvert et soigneusement essuyé.

Puis on introduit successivement plusieurs boules de coton ou de charpie, fixées à un fil, dans la cavité du col, et on les retire à mesure, afin d'entraîner les mucosités qui obstruent le conduit cervical.

Une dernière boule, également retenue par un fil, est laissée à demeure dans ce conduit, dans le but d'empêcher les sangsues de s'y introduire ou de se fixer sur les bords de l'orifice.

Les sangsues sont mises une à une et retenues au fond du spéculum, contre le col, au moyen d'un tampon de charpie ou de coton. Il faut maintenir le spéculum bien appliqué, pour éviter qu'elles ne passent dans le conduit vaginal.

Le nombre des sangsues qu'on applique doit varier de deux à six, selon la constitution des sujets et la quantité de sang qu'on juge utile de soustraire.

Après la chute des sangsues, le spéculum est retiré, et la malade couchée dans son lit ou sur une chaise longue.

Il est d'une haute importance de ne pas s'éloigner immédiatement, mais de surveiller l'écoulement du sang qui suit la chute des sangsues. Si cet écoulement ne s'arrête pas spontanément, on doit recourir à des injections d'eau froide vinaigrée, acidulée ou astringente. Quand l'hémorrhagie résiste à ces moyens ou lorsque d'emblée elle ontre excessive, il faut appliquer de nouveau le spéculum, laver l'utérus, enlever le sang qui le baigne, débarrasser les rs caillots, et les toucher avec un pinceau ou un bour-

donnet de charpie imbibé d'une solution de perchlorure de fer à 30 degrés.

Les piqûres de sangsues se cicatrisent promptement et sans laisser de traces. Nous n'avons pas vu d'ulcérations leur succéder, sauf dans des circonstances exceptionnelles et indépendantes de la métrite chronique.

Il est essentiel de ne pas appliquer les sangsues sur le col utérin pendant les cinq ou six jours qui précèdent les règles, d'une part afin de ne pas troubler la fonction menstruelle, d'autre part dans la crainte de voir le flux cataménial ramener presque immédiatement la congestion utérine, et détruire, par conséquent, l'effet de l'émission sanguine.

A moins d'indications spéciales, cette application doit donc se faire de préférence après l'époque menstruelle; l'évacuation sanguine produite par les sangsues est alors bien plus efficace, et les effets sont bien plus durables.

Les résultats de cette médication sont variables. Quelques malades, nous l'avons déjà dit, éprouvent des douleurs vives et subites, pendant l'opération. Dans ce cas, nous n'hésitons pas à renoncer sur-le-champ à ce moyen et à faire tomber les sangsues déjà fixées.

D'autres malades éprouvent un assez prompt soulagement et une sensation de bien-être qui augmente à mesure que l'utérus se dégorge. Chez les unes, cet amendement est durable; chez d'autres, il cesse assez vite pour faire place au malaise ou aux souffrances habituelles. Enfin, quelques malades, d'abord soulagées, sont prises, le lendemain ou le surlendemain de l'application des sangsues, de redoublements et de recrudescences inattendues. Dans ces circonstances on ne doit pas recourir à de nouvelles applications.

Les sangsues peuvent être appliquées avec avantage sur différentes régions de la peau. Nous pensons qu'il est préférable de les poser au niveau des deux fosses iliaques, si la douleur est générale; et d'un seul côté, si la douleur est partielle. Nous les faisons mettre bien rarement à l'anus ou à la partie interne des cuisses; jamais à la vulve. Mais, dans un grand nombre de cas, nous nous sommes très-bien trouvés de faire une ou plusieurs applications de sangsues, soit sur les reins, soit sur la région sacrée, à quelques centimètres au-dessus de l'anus; ce mode d'application est très-utile, lorsque la douleur siége surtout

dans ces régions. On doit donc préférer toujours les parties dont les vaisseaux ne communiquent qu'indirectement avec ceux des organes génitaux, et de cette manière on a moins à craindre le danger des congestions sanguines vers l'utérus. C'est parce que l'application des sangsues à la vulve ou à l'anus présente ces inconvénients, que nous ne l'employons que très-rarement, contrairement à la plupart des auteurs. Lisfranc a signalé aussi les dangers de cette pratique, surtout chez les femmes qui n'ont pas atteint l'âge de la ménopause. Il y a toutefois, à cet égard, des restrictions que le médecin seul est à même de reconnaître et d'apprécier. En effet, dans certains cas il est permis, et même nécessaire, de s'écarter des règles que nous venons de poser, et quelques-uns de ces cas peuvent être prévus. Ainsi, pour obvier au retard des règles, qui détermine toujours une congestion fâcheuse vers l'utérus, on peut faire appliquer avec avantage quelques sangsues à la partie interne des cuisses, l'évacuation artificielle suppléant ici, dans une certaine mesure, à l'écoulement physiologique. Lorsque la saignée générale ou l'application des sangsues sur le bas-ventre n'amènent aucun soulagement, il est quelquefois utile de recourir aux sangsues à l'anus.

Ce qui rend l'application des sangsues très-délicate, c'est que l'on n'est pas maître de la quantité de sang que l'on retire ; aussi s'expose-t-on, chez une femme dont le sang est appauvri, à en soustraire une proportion trop considérable ou à provoquer une hémorrhagie fort difficile parfois à arrêter.

Les sangsues n'agissant pas toujours d'une manière favorable, il serait important de pouvoir déterminer ou prévoir quand leur application peut être utile ou opportune. Or, la question est insoluble à priori, et l'expérience seule peut la décider. On ne peut, à cet égard, poser que des préceptes généraux. Indépendamment de ceux que nous avons établis précédemment, nous pouvons ajouter qu'il est à propos de consulter la sensibilité et, pour ainsi dire, le goût des malades. Nous avons rencontré des femmes dont la peau blanche et fine était douée d'une sensibilité si vive, que les sangsues y produisaient des douleurs atroces, qui devenaient le point de départ des accidents nerveux les plus inquiétants. Enfin, on n'ignore pas que certaines personnes ont pour les sangsues une répugnance insurmontable.

Lisfranc, qui avait d'abord préconisé l'application des sangsues

autour du bassin, la rejeta plus tard d'une manière presque absolue, à raison des accidents qu'il avait vus en résulter, et surtout des recrudescences inflammatoires qu'elle avait provoquées quelquefois. Nous ne saurions souscrire à une proscription aussi formelle. Nous avons essayé de poser nettement les indications et les contre-indications des émissions sanguines locales par les sangsues; c'est en nous conformant à ces préceptes que nous sommes parvenus à éviter beaucoup de ces accidents graves que Lisfranc redoutait; et nous estimons qu'en suivant les mêmes règles, les autres praticiens trouveront, comme nous, dans l'application opportune de ce moyen, plus d'avantages que d'inconvénients.

b. Des ventouses scarifiées. — Dans le traitement de la métrite chronique, les ventouses nous ont quelquefois donné des résultats favorables que nous n'avions pas obtenus à l'aide de la saignée générale et des sangsues.

Dans les cas où les sangsues ne soulagent pas ou ne soulagent que faiblement, dans ceux où, après avoir été utiles, elles perdent soudain leur efficacité, on les supplée avantageusement par des ventouses scarifiées. Du reste, les ventouses sont employées avec succès, et même de préférence aux autres modes d'émission sanguine, chez les femmes d'une faible constitution, chez celles que la maladie a déjà épuisées ou affaiblies; chez celles encore qui, pour un des motifs que nous avons indiqués plus haut, ne peuvent point supporter l'application des sangsues : nous voulons parler surtout des femmes chez lesquelles la cause la plus légère suffit pour provoquer une réaction inflammatoire. La douleur produite par le scarificateur est très-vive, mais elle est unique et prompte, au lieu d'être multiple et prolongée comme celle que déterminent les piqûres de sangsues; de sorte que la malade est surprise, pour ainsi dire, et le bien-être qu'elle éprouve immédiatement par l'écoulement du sang ne saurait être détruit. Mais c'est surtout vers la fin du traitement que les ventouses scarifiées constituent un moyen puissant et efficace.

Cependant, même dans les cas que nous venons de spécifier, les ventouses ne réussissent pas toujours. Comme les sangsues, elles produisent des effets très-variables suivant les sujets, suivant la période de l'affection où elles sont employées, suivant le siége de leur application et suivant la quantité de sang retirée. Comme pour les sangsues aussi, il est impossible de prévoir et de déterminer d'avance,

d'une manière rigoureuse, les cas où ce mode d'émission sanguine est formellement indiqué ou contre-indiqué. Nous renvoyons le lecteur aux préceptes généraux que nous avons énoncés plus haut.

Nous ajouterons que les sangsues et les ventouses ont une manière d'agir différente, qui peut guider pour le choix de ces deux moyens. Quand on veut obtenir un écoulement de sang permanent et prolongé, on a recours aux sangsues; on leur préfère les ventouses, si l'on recherche une émission sanguine de courte durée.

Il importe de ne pas appliquer les ventouses indistinctement sur telle ou telle partie du corps. Nous les plaçons le plus souvent sur les reins et sur les fesses; rarement sur l'abdomen. Le lieu d'application doit être déterminé, d'ailleurs, par la prédominance des douleurs, en avant ou en arrière. Lorsqu'on ne peut tirer aucune indication précise de la douleur, on place les ventouses sur les régions rénale et fessière. On soustrait plus facilement de ces parties la quantité de sang nécessaire, et les traces des scarifications y sont moins visibles qu'ailleurs.

Nous ne conseillons pas plus l'application des ventouses que celle des sangsues à la face interne et supérieure des cuisses.

Les ventouses scarifiées peuvent, comme les sangsues, mais moins souvent, provoquer une exacerbation dans les souffrances et une recrudescence dans le travail inflammatoire. Est-il possible de prévenir de pareils accidents ? Nous le croyons, et voici par quel moyen: — On commence par appliquer des ventouses sèches, comme procédé d'exploration; et suivant qu'elles produisent un bon ou un mauvais effet, un soulagement ou une exagération des douleurs, on place ou l'on ne place pas de ventouses scarifiées sur le point même où ont été posées les ventouses sèches.

Lorsque les ventouses scarifiées sont indiquées, leur application peut être répétée deux et trois fois par mois; et quelquefois même l'acuité de l'état inflammatoire oblige à y recourir plus souvent; nous avons été contraints, dans certains cas très-rebelles, d'y revenir tous les deux ou trois jours, tant que durait la période d'exacerbation.

Quant au nombre des ventouses, il est subordonné, comme on le conçoit, à la quantité de sang qu'il est utile de soustraire. Nous avons l'habitude, suivant la force de la constitution, le degré de réaction matoire, de retirer par les ventouses de 30 à 45 grammes de rement nous allons jusqu'à 60 et 90 grammes.

porté quelquefois des scarifications jusque sur le muscle de

tanche, avec le bistouri, la lancette ou un petit instrument imaginé à cet effet par M. Mayor. Ces scarifications ont les inconvénients que nous avons signalés à propos des applications de sangsues sur le col utérin, et, en outre, celui de ne produire qu'une émission sanguine très-insuffisante.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ce moyen, que nous considérons comme impuissant.

Avant de terminer ce qui est relatif aux émissions sanguines, nous ajouterons, afin de faire comprendre notre pensée, que les ventouses, malgré tout le bien que nous en avons dit, ne peuvent pas toujours remplacer avantageusement les sangsues, de même que les saignées locales ne sauraient dans tous les cas être substituées aux saignées générales. Ce n'est que par une observation approfondie ou par une longue expérience que le médecin parviendra, comme nous l'avons déjà fait pressentir, à déterminer les raisons qui doivent le guider dans le choix de ces moyens. Toutefois nous avons essayé de donner quelques indications générales que nous résumerons ici sommairement :

1° Lorsqu'il faut agir loin de l'organe congestionné et produire un effet dérivatif, on pratique une saignée du bras.

2° Lorsqu'il convient d'agir à une distance moins grande, on a recours aux sangsues ou aux ventouses : — aux sangsues, quand l'inflammation est vive et la malade suffisamment forte ; — aux ventouses scarifiées, quand la malade est affaiblie par la souffrance, que son sang est appauvri, et que cependant une émission sanguine est jugée indispensable ; — aux ventouses sèches, dont nous allons parler, quand l'état d'épuisement est poussé à un tel degré, qu'on ne saurait songer à l'émission sanguine même la plus légère.

On n'oubliera pas surtout, comme nous l'avons recommandé avec insistance, de consulter les forces de la malade, l'état de la constitution et le degré de la réaction inflammatoire.

Dérivatifs. — Nous comprendrons sous ce titre : les ventouses sèches, les manuluves, les sinapismes et les vésicatoires.

a. *Ventouses sèches.* — Les émissions sanguines, en général, peuvent être secondées, et, jusqu'à un certain point, remplacées par les ventouses sèches. Chez une malade dont les souffrances avaient

atteint le plus haut degré d'exaspération, et dont le sang appauvri nous empêchait de recourir aux saignées, nous avons eu à nous louer de l'emploi des ventouses sèches, que nous répétions presque tous les jours. C'est un mode de révulsion sur lequel nous appelons vivement l'attention des praticiens.

Les ventouses sèches seront appliquées à la région dorsale, à la région épigastrique, ou à la nuque. On a conseillé de les placer aussi sur les mamelles : mais nous ne partageons pas cet avis; car les liens physiologiques qui unissent ces organes à l'utérus sont tellement intimes, qu'il est à craindre de provoquer une réaction fâcheuse

L'application des ventouses monstres de Junod aux membres inférieurs, préconisée par quelques médecins, a donné de mauvais résultats; nous pensons qu'il vaut mieux les appliquer aux membres supérieurs.

Ce que nous disons des ventouses de Junod placées aux jambes, nous le dirons aussi de la saignée du pied, qui a été recommandée fort mal à propos par certains auteurs. Nous l'avons vue produire toujours un surcroît de souffrances.

b. Manuluves et sinapismes. — Les manuluves doivent être pris avant les repas, avec de l'eau à la température de 40 à 45 degrés, comme pour un bain de pieds, et la malade étant couchée. Donnés tous les jours et d'une manière régulière, ils provoquent et entretiennent la fluxion sanguine vers les extrémités supérieures, la détournent ainsi de l'utérus ou l'empêchent de s'y fixer.

Si l'on veut augmenter l'énergie de la dérivation, on rend les manuluves excitants par l'addition de vinaigre, de sel ou de moutarde, ou, mieux encore, on les remplace par des sinapismes ou des cataplasmes sinapisés aux bras.

Ces moyens ne doivent être employés, sauf dans les cas de métrorrhagie considérable, que pendant l'intervalle des règles. Leur usage doit être continué avec persévérance, si l'on veut obtenir des résultats utiles.

Les manuluves servent à éclairer les indications de la saignée du bras, comme les ventouses sèches le font pour les ventouses scarifiées.

Il faut user sobrement des manuluves et même s'en abstenir chez les malades sujettes à de fréquentes céphalalgies, à des migraines intenses, chez celles surtout qui sont menacées de congestion cérébrale ou qui

en ont déjà subi des atteintes ; chez les phthisiques, chez les personnes sujettes à des étouffements, à des suffocations, à des hémoptysies, à des accès d'asthme, à des palpitations ; en un mot, chez les malades affectées de quelque lésion pulmonaire ou cardiaque.

Dans ces conditions diverses, les sinapismes promenés sur les membres supérieurs ne présentent pas toujours les mêmes inconvénients que les bains de mains ; ils peuvent alors être employés avantageusement.

c. *Vésicatoires.* — En général, les vésicatoires n'exercent pas une grande influence sur la phlegmasie de la surface interne de l'utérus. Aussi, lorsque nous les employons dans le traitement de l'endométrite chronique, nous nous proposons de combattre, non pas le travail inflammatoire, mais seulement les douleurs symptomatiques qui se font sentir sur le trajet des nerfs lombo-ovariques.

Les effets du vésicatoire sont très-variables. Tantôt il produit un soulagement immédiat ; tantôt aucune amélioration ne lui succède ; d'autres fois même il provoque une recrudescence plus ou moins vive, pouvant aller, comme nous l'avons observé chez quelques malades, jusqu'à la manifestation de l'état aigu.

Assez souvent encore les douleurs deviennent d'abord plus intenses après l'application du vésicatoire ; mais cette aggravation n'est que passagère et ne tarde pas à faire place à une amélioration notable. Toutefois le soulagement qu'amènent les vésicatoires est habituellement de peu de durée, et ce n'est que par l'usage souvent répété de ce moyen qu'on arrive à triompher, d'une manière plus ou moins satisfaisante, des souffrances locales. Nous ne saurions trop recommander, en conséquence, l'emploi persévérant de ce révulsif, quand il est nettement indiqué ; car on sait quelle fâcheuse influence la douleur exerce sur l'inflammation, qu'elle entretient, suivant l'ancien aphorisme : « *Ubi stimulus, ibi fluxus.* »

Les vésicatoires augmentent presque constamment, pendant quatre ou cinq jours, l'écoulement leucorrhéique, et, chez quelques femmes prédisposées aux ménorrhagies, ils font avancer de deux ou trois jours l'éruption menstruelle, s'ils ont été appliqués à l'approche des règles, probablement en raison de l'action spéciale que les préparations cantharidées exercent sur l'appareil génito-urinaire.

Ils peuvent être nuisibles à la cure de l'endométrite chronique de deux manières : 1° en déterminant, par une action directe sur l'uté-

rus, un afflux de sang plus considérable et une augmentation de la sécrétion morbide ; 2° en agissant médiatement sur la matrice par l'irritation qu'ils produisent à la peau et l'excitation du système nerveux cutané. En général, les vésicatoires provoquent une inflammation locale qui, en réagissant sur toute l'économie, donne lieu à un mouvement fébrile ordinairement passager et sans inconvénients. Mais ils peuvent aussi, chez les femmes irritables et nerveuses, faire naître des accidents locaux ou des crises violentes, qu'il est quelquefois très-difficile de conjurer. Dans les cas de ce genre, le vésicatoire doit être enlevé sur-le-champ.

Pour éviter ces accidents, on ne doit recourir aux vésicatoires, dans la métrite chronique interne, qu'à la suite des émissions sanguines et lorsqu'il n'y a plus aucun signe de fièvre ou de réaction.

Nous avons l'habitude de placer l'exutoire sur les points endoloris, et de poursuivre la douleur, s'il y a lieu, depuis son point de départ jusqu'à ses dernières irradiations.

Lorsque la métrite interne est indolente, le vésicatoire est inutile, il pourrait même devenir funeste ; il vaut mieux s'en abstenir.

Ses dimensions doivent être de $0^m,06$ sur $0^m,06$, et même plus petites encore.

On l'applique dans l'intervalle des règles, et le plus loin possible de l'époque à venir ; car il provoque d'autant plus facilement une recrudescence qu'il est appliqué dans un temps plus voisin de l'éruption prochaine.

Nous conseillons de n'employer que des vésicatoires volants et de ne jamais enlever l'épiderme.

Quand les douleurs sont très-intenses, il est avantageux de saupoudrer de morphine la surface des vésicatoires. D'ailleurs, dans tous les cas, pour rendre moins vive la réaction douloureuse qui accompagne l'application du vésicatoire, et prévenir ainsi les accidents qui en peuvent être la suite, nous avons l'habitude, depuis longtemps, de saupoudrer l'emplâtre vésicant avec $0^{gr},03$ ou $0^{gr},04$ de chlorhydrate de morphine.

Dans les cas où la métrite interne est difficile à reconnaître, comme chez les vierges, par exemple, le vésicatoire peut servir à éclairer le diagnostic. S'il détermine une recrudescence des douleurs hypogastriques, et surtout s'il augmente les pertes blanches, il établit de fortes présomptions en faveur de l'existence d'une métrite in-

terne, surtout si les autres symptômes de cette affection se trouvent réunis.

On a conseillé contre la phlegmasie utérine d'autres révulsifs, auxquels nous n'accordons que peu de confiance, et qui nous semblent d'ailleurs superflus, puisque nous disposons de moyens qui remplissent plus efficacement les indications que nous avons en vue. C'est ainsi que l'on a proposé l'usage des sétons, des cautères sur les reins, des frictions avec le tartre stibié. L'action de ces révulsifs est fort incertaine. Nous n'en avons jamais retiré aucun avantage réel; aussi les avons-nous abandonnés.

Il n'en est pas de même des onctions avec l'huile de croton tiglium, auxquelles nous avons souvent recours, non pas dans le but de modifier directement la métrite interne, mais pour combattre une lésion intestinale concomitante, l'*entérite glaireuse*, sur laquelle nous reviendrons en traitant des complications les plus fréquentes de la phlegmasie utérine chronique.

Topiques divers.—Les topiques émollients et narcotiques sur l'abdomen, cataplasmes, liniments, pommades ou fomentations, sont employés avec avantage dans le traitement de la métrite chronique accompagnée de douleurs. Les cataplasmes doivent être tièdes, larges, peu épais et légers, recouverts de taffetas gommé et changés trois ou quatre fois par jour.

Les topiques chloroformés seront employés avec une sage réserve. Ils sont excellents et d'une efficacité incontestable, quand les douleurs sont purement nerveuses; ils peuvent être nuisibles, lorsque la douleur est d'origine inflammatoire. Il ne faut pas oublier qu'une trop grande quantité de chloroforme irrite la peau jusqu'à l'érythème et quelquefois même jusqu'à la vésication.

Lavements. — Quand les douleurs sont intenses et les injections vaginales mal supportées, on prescrit avec avantage les demi-lavements émollients ou narcotiques, contenant huit ou dix gouttes de laudanum.

Cependant il est ici un écueil qu'il importe de prévenir ou d'éviter. Les femmes atteintes de métrite chronique sont très-sujettes à la constipation; c'est même là un symptôme à peu près constant,

et comme il contribue à entretenir la congestion utérine, il faut le combattre avec persévérance. On associe donc aux lavements laudanisés les lavements huileux et légèrement laxatifs, préparés avec le sel marin, l'eau de savon, le sulfate de soude ou de magnésie, le séné, le miel de mercuriale, la glycérine, etc.

Les lavements doivent être plutôt frais ou tièdes que chauds, afin de ne pas augmenter l'atonie de l'intestin et l'état d'hypérémie des organes intra-pelviens.

Les lavements ne sont pas toujours bien tolérés, quelles que soient leur température et leur composition. Chez certaines malades, et surtout chez celles dont l'utérus est en antéversion ou en rétroversion, ils peuvent provoquer des recrudescences douloureuses qu'il importe d'éviter; parfois la douleur déterminée par les lavements est telle, que l'on doit même renoncer aux demi-lavements laudanisés, dont nous avons plus haut recommandé l'emploi. Ces cas, heureusement, sont exceptionnels.

Aran préconise les lavements d'aloès, souvent répétés, dans le traitement de la métrite chronique, et leur attribue une influence très-efficace et même spéciale sur le catarrhe utérin. Il ne nous est pas possible d'apprécier la valeur de cette médication, que nous n'avons jamais expérimentée; mais il nous paraît difficile d'admettre qu'une substance qui jouit autant que l'aloès de la propriété de congestionner les organes du bassin, puisse être de quelque efficacité dans l'endométrite chronique.

PURGATIFS. — Lorsque la constipation est opiniâtre et réclame l'emploi des purgatifs, il convient de choisir de préférence les purgatifs doux, tels que la magnésie calcinée, la limonade au citrate de magnésie, le sulfate de soude, les eaux de Pullna, de Kissingen, de Friedrichshall, de Birmenstoff, et surtout l'huile de ricin. Nous n'employons jamais les drastiques, dans la crainte que leur action irritante sur l'intestin n'augmente la congestion utérine ou ne provoque l'entérite glaireuse.

ÉLECTRISATION INTESTINALE. — Si la constipation est réfractaire aux moyens précédents, nous croyons qu'il est utile de la combattre par l'électrisation intestinale. Ce moyen, que nous avons souvent employé, nous a constamment donné des résultats efficaces, notamment

dans les cas où les parois rectales sont distendues et comme frappées d'atonie.

L'électrisation doit être employée aussi toutes les fois que les purgatifs sont mal tolérés ou qu'ils sont contre-indiqués par le mauvais état des voies digestives.

Pour appliquer l'électricité au gros intestin, un conducteur olivaire est introduit par la malade elle-même dans l'anus, et un autre conducteur est promené sur la paroi abdominale, suivant le trajet du gros intestin.

La séance dure de trois à six minutes. Dix ou vingt minutes après, la malade doit prendre un lavement simple.

On répète l'électrisation tous les deux ou trois jours. Habituellement cinq ou six applications suffisent pour guérir la constipation pour un temps plus ou moins long.

C'est un procédé fort utile et nullement dangereux, auquel on peut recourir de nouveau à l'occasion de chaque récidive.

Une précaution essentielle à observer, c'est de ne jamais employer l'électrisation intestinale à l'approche ou pendant le cours de la période menstruelle.

Bains. — Les bains peuvent être très-utiles aussi dans la métrite chronique, mais il importe de les employer à propos; c'est pourquoi nous allons nous étendre, comme il convient, sur ce sujet, et étudier successivement les effets des bains au triple point de vue de leur température, de leur durée et de la nature du liquide.

a. Bains entiers. — Lorsque la chaleur du bain est portée au delà de 30 à 35 degrés Réaumur, la température du corps augmente, la circulation devient plus active et les douleurs qu'occasionne la métrite acquièrent plus d'intensité. Si l'on abaisse la température du bain, ces phénomènes diminuent; mais aucune amélioration ne se manifeste dans l'état des malades.

Les bains ordinaires, c'est-à-dire ceux dont la température est comprise entre 26 et 28 degrés R., peuvent, après avoir provoqué une élévation momentanée de la chaleur générale du corps, amener une diminution des souffrances, qui parfois même finissent par disparaître complétement. Lisfranc a rapporté plusieurs faits de ce genre, et nous en possédons également un certain nombre.

Le bain ordinaire agit donc comme sédatif, et il produit le plus souvent de bons effets. Cependant il peut arriver et il arrive parfois

que ce genre de bain est suivi d'une aggravation des accidents et que son usage ne saurait être continué sans inconvénients.

Plusieurs circonstances concourent à rendre les bains nuisibles; nous mentionnerons plus spécialement celles qui dépendent de certaines dispositions individuelles.

Ainsi, quelques malades ont de la répugnance pour les bains chauds; il ne faut les leur prescrire qu'avec une grande réserve. Il en est qui sont douées d'une telle susceptibilité nerveuse, qu'à peine entrées dans le bain, elles sentent se réveiller ou s'exaspérer les douleurs du bas-ventre, sans qu'un soulagement plus ou moins prochain succède, comme il est d'ordinaire, à cette première réaction locale. Chez d'autres, nous avons vu survenir promptement des troubles du côté de la tête et des organes des sens, un anéantissement général; en un mot, des phénomènes nerveux graves, qui nous forçaient à suspendre immédiatement l'usage des bains.

C'est particulièrement quelques jours après les règles que les bains peuvent devenir nuisibles, en déterminant une congestion dans le système utérin et en provoquant parfois une recrudescence inflammatoire ou une métrorrhagie.

Voici, à cet égard, la ligne de conduite qu'il nous paraît convenable de suivre : — 1° Si les règles viennent facilement et d'une manière normale, les bains chauds sont inutiles, et même ils peuvent être nuisibles et déranger la régularité de la menstruation; on doit alors s'en abstenir. — 2° Quand, au contraire, les règles sont difficiles et qu'elles s'accompagnent de douleurs intenses, les bains chauds produisent souvent de bons effets, et ils rendent moins pénible l'éruption menstruelle; leur usage est parfaitement indiqué. Dans quelques cas de ce genre nous avons vu les bains chauds réussir dans les deux premiers jours du flux cataménial. Toutefois, comme ils peuvent augmenter le mouvement fluxionnaire du côté de l'utérus, on doit user de ce moyen avec réserve dans les jours qui précèdent ou suivent la période menstruelle. — 3° Lorsque les règles subissent un retard, et que ce phénomène est dû à un excès de congestion utérine, les bains chauds sont susceptibles d'empêcher l'arrivée des règles, en rendant plus intense l'état hypérémique de la matrice; on doit encore s'en abstenir.

Les bains entiers froids donnent lieu à des effets nuisibles, si les douleurs du bas-ventre présentent un certain degré d'acuité. Aussi nous sommes d'avis de n'y avoir recours que dans les cas où la mé-

ant efficace, et il mérite la préférence. Il faut tenir compte tou-
des contre-indications puisées dans l'état actuel des malades
s leur constitution.

Bains de siége. — Les bains de siége chauds sont le plus sou-
uisibles, dans la métrite interne chronique; ils appellent le sang
s organes pelviens, et y déterminent un mouvement fluxion-
qui peut amener une recrudescence inflammatoire. Sur ce point
s auteurs sont d'accord.

est-il de même des bains de siége froids, offrent-ils les mêmes
énients que les bains de siége chauds? Nous ne saurions à cet
partager l'opinion de Lisfranc et d'autres auteurs, qui préten-
ue les bains de siége froids congestionnent l'utérus en gênant
ulation périphérique et en repoussant le sang des parties super-
s vers le centre. Ces données théoriques ne sont pas confirmées
xpérience. On sait, en effet, que les bains de siége froids don-
e bons résultats chez un certain nombre de malades atteintes
trite chronique.

nporte de varier la température de ces bains et de l'adapter
ue malade.

inairement nous n'avons recours aux bains de siége froids que
e les bains entiers ne peuvent pas être tolérés ou qu'ils ne
ent aucun soulagement.

bains de siége froids, à courant continu, peuvent être égale-
mployés avec avantage dans certains cas d'endométrite chro-

La durée des bains a aussi une très-haute importance. Les bains chauds ou froids doivent être de courte durée; c'est une condition de leur efficacité. Les bains tièdes peuvent être plus ou moins prolongés, suivant le but qu'on veut atteindre ou les résultats qu'on en obtient.

Les bains entiers ou les bains de siége, qu'ils soient chauds, froids ou tempérés, peuvent encore déterminer des effets différents, suivant qu'ils sont simples ou rendus médicamenteux par l'addition, selon les indications, de substances émollientes et mucilagineuses (guimauve, gélatine, graine de lin, son, amidon), calmantes ou narcotiques (pavots, morelle, jusquiame, datura stramonium), aromatiques ou toniques (menthe, thym, tilleul, armoise, camomille, sel marin, savon, carbonate de soude, sulfure de potassium, iodure et bromure de potassium, etc.).

Eaux minérales. — Lorsque, dans l'endométrite chronique, on a conjuré les accidents aigus et les recrudescences par des moyens appropriés, on peut conseiller avec avantage les bains de mer, les bains sulfureux de Baréges, de Luchon, de Cauterets, de Saint-Sauveur, de Saint-Honoré, d'Enghien; les bains de Plombières, de Luxeuil, de Bourbonne; les bains de Néris, de Vichy, etc.; les bains ferrugineux de Spa, de Forges, de Bussang, etc.

L'usage de ces eaux est utile surtout pour triompher de quelques complications qui survivent à la phlegmasie utérine, ou pour combattre les accidents qui sont intimement liés à l'appauvrissement du sang, et qui sont le résultat ou du traitement ou des longues souffrances éprouvées par les malades.

Hydrothérapie. — Les moyens hydrothérapiques proprement dits, tels que les douches froides locales ou générales, n'ont pas été employés jusqu'à présent dans le traitement de la métrite chronique interne. Les observations consignées par M. Fleury, dans son *Traité d'hydrothérapie*, se rapportent uniquement à la congestion utérine, à la métrite parenchymateuse, et particulièrement à l'engorgement du col, accompagnés de déplacement de la matrice, avec lésion granuleuse ou ulcéreuse du museau de tanche. Nous reviendrons bientôt sur cette question, en exposant dans les deux articles suivants la thérapeutique de l'engorgement utérin et de la métrite chronique externe.

Pour le moment, nous dirons seulement quel parti la médecine peut tirer de l'hydrothérapie appliquée à la métrite interne. Il y a peu de modificateurs aussi puissants que l'eau froide dirigée sur la surface du corps. L'action de cet agent est très-complexe ; c'est un sédatif du système nerveux, un excitant très-énergique de la peau ; et, comme l'a très-bien dit M. Fleury, un régularisateur de la circulation, particulièrement de la circulation capillaire ou interstitielle.

A tous ces titres, l'hydrothérapie ne convient qu'à un très-petit nombre de malades, comme traitement initial ou préparatoire de la métrite interne chronique.

Elle convient à un assez grand nombre vers le déclin de la maladie.

Elle convient à toutes pendant la convalescence.

Expliquons-nous. Les moyens hydrothérapiques ne doivent pas être appliqués à une malade atteinte de métrite interne, douée d'une constitution forte ou moyenne, et chez laquelle la phlegmasie utérine produit des douleurs locales vives, des phénomènes marqués de réaction générale, et cette série de symptômes que nous avons signalés comme étant une indication formelle des émissions sanguines.

Mais l'hydrothérapie doit être employée, dès le début, et comme moyen préparatoire, chez les malades profondément chloro-anémiques, dont les forces sont déprimées, qui ne présentent ni douleur ni réaction générale, et chez lesquelles prédomine l'élément nerveux. Dans les cas de ce genre, les moyens hydrothérapiques agissent très-favorablement, en exerçant sur la peau une révulsion énergique, et sur l'économie tout entière une action reconstituante. C'est alors une excellente méthode thérapeutique, qui non-seulement modifie avantageusement l'état local, mais encore relève tellement les conditions de la santé générale, que la malade est bientôt susceptible de subir le traitement ordinaire de la métrite chronique, tel que nous le formulons dans cet article, si toutefois l'hydrothérapie n'a pas suffi pour amener la guérison. Il est donc de la plus haute importance de ne pas prolonger l'emploi de cette médication au delà de certaines limites, qu'on ne pourrait franchir sans des dangers sérieux. On doit s'arrêter avant que la modification avantageuse imprimée à l'économie ne provoque du côté de l'utérus une réaction trop intense, qui pourrait aller jusqu'à l'apparition d'une recrudescence inflammatoire.

L'hydrothérapie peut être mise en usage, mais avec les mêmes

précautions, au déclin d'une métrite chronique interne très-opiniâtre, chez des femmes devenues trop faibles pour supporter jusqu'à la fin le traitement habituel, et chez lesquelles, par conséquent, la phlegmasie n'a aucune tendance à réveiller de réaction dangereuse. Dans ces circonstances, il est nécessaire de stimuler l'organisme et de le retirer de cette espèce d'inertie où il sommeille, et qui fait que les maladies chroniques se perpétuent d'une manière indéfinie.

Enfin, nous verrons, en parlant de la métrorrhagie, que les douches froides peuvent rendre de grands services dans les pertes utérines symptomatiques de la métrite interne, quand elles se sont montrées réfractaires aux autres hémostatiques.

Mais c'est surtout dans la convalescence de la métrite chronique interne, que l'hydrothérapie trouve des applications vraiment utiles. Elle peut être regardée comme le moyen le plus propre à relever les forces des malades, à triompher de l'état nerveux qui survit très-souvent à la métrite, à combattre la chloro-anémie, et à rétablir la régularité des fonctions de l'appareil génital.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire les divers procédés hydrothérapiques; il en est deux seulement auxquels nous avons l'habitude de recourir, dans les cas que nous venons de spécifier : c'est la douche en pluie et la douche en jet, qui peuvent être employées soit simultanément, soit isolément.

Quand on se propose d'exercer une action uniquement réfrigérante et tonique à la surface de la peau, la douche en pluie suffit.

Mais si l'on veut ajouter à l'influence du froid une action dérivative plus énergique, on prescrit la douche en jet, qui agit non-seulement par la température de l'eau, mais encore par la percussion de la colonne liquide.

Le jet doit être dirigé sur les membres supérieurs, sur le dos et surtout entre les deux épaules, toujours le plus loin possible des organes malades et douloureux, jamais autour du bassin; car nous avons observé des malades qui ne se sont pas bien trouvées de cette dernière pratique, et qui ont éprouvé des recrudescences inflammatoires extrêmement graves.

Quelle que soit l'espèce de douche que l'on emploie, on ne doit pas la prolonger au delà d'une minute. Puis les malades se livrent à un léger exercice corporel, d'un quart d'heure à vingt minutes, afin de provoquer la réaction.

Il a été question plus haut des bains froids, qui peuvent être ran-

gés aussi parmi les moyens hydrothérapiques. Nous croyons inutile d'y revenir.

INJECTIONS VAGINALES. — Il est incontestable que les injections vaginales peuvent être employées avec avantage dans la métrite externe, puisqu'elles exercent une action directe sur le museau de tanche enflammé. Mais, dans la métrite interne, leur efficacité est tellement bornée, que Mélier a proposé de leur substituer les injections dans la cavité même de la matrice. Cependant il n'est pas douteux qu'elles n'agissent favorablement à la manière d'un bain local, en baignant, sinon directement la muqueuse enflammée, au moins une partie de l'organe qu'elle tapisse.

Les injections vaginales peuvent être simples ou médicamenteuses. Celles-ci sont émollientes et mucilagineuses (décoction de guimauve, de son ou de graine de lin), calmantes et narcotiques (avec addition d'extrait d'opium, de laudanum, de tête de pavot, de sels de morphine, de ciguë, de belladone, de morelle, de jusquiame, etc.), astringentes (avec l'alun, le sulfate de zinc, les sels de plomb, de fer, de mercure, le nitrate d'argent, etc.), spécifiques (avec les préparations de mercure ou d'iode), stimulantes et désinfectantes (avec différentes plantes aromatiques, les divers hypochlorites, le goudron, l'acide phénique, etc.).

Plusieurs appareils ont été proposés pour la pratique de ces injections. Le plus simple est encore l'ancienne seringue dite vaginale; mais on l'a remplacée d'abord par le clysopompe, et plus récemment, d'une manière très-avantageuse, par différents irrigateurs, parmi lesquels nous citerons ceux du docteur Eguisier, de M. Charrière, de MM. Maisonneuve et Pouillien.

Le meilleur des appareils à injections est celui qui permet à la malade de s'en servir commodément elle-même et de mesurer à son gré la force de projection du liquide.

L'introduction de la canule dans le vagin doit se faire avec la plus grande précaution, de façon à éviter de froisser les parois du conduit ou de heurter son cul-de-sac et le col utérin.

Lorsque l'utérus est d'une grande sensibilité et que le toucher vaginal provoque des douleurs assez vives, l'injection doit être poussée avec lenteur et ménagement; dans le cas contraire, on peut, et même avec avantage, user d'une certaine force, afin de produire

l'effet d'une douche légère et d'entraîner les mucosités adhérentes au col et aux parois vaginales.

La température du liquide injecté doit varier suivant les effets qu'on se propose d'obtenir. En général, les injections froides seront préférées dans les engorgements chroniques, compliqués d'atonie et de relâchement des parois. Les partisans de l'hydrothérapie vont trop loin, selon nous, en conseillant les injections presque glacées; car il peut n'être pas sans danger de porter directement des liquides aussi froids sur des tissus enflammés et d'une extrême délicatesse. Les injections froides, pour être efficaces, doivent être pratiquées pendant au moins quinze à vingt minutes.

Les injections chaudes et tièdes peuvent être employées dans le principe, plutôt en vue d'accoutumer les organes au contact des liquides qu'en vue de produire un effet médicamenteux. On doit préférer généralement les injections d'eau fraîche ou à la température ordinaire.

Employées comme moyen adjuvant et pour laver le museau de tanche et le vagin des produits de sécrétion qui s'y amassent, les injections doivent être répétées deux ou trois fois par jour, le matin, vers le milieu de la journée et le soir, à moins que la sensibilité des parties ne réclame des ménagements : dans ce cas, on peut se contenter de deux injections ou d'une seule en vingt-quatre heures; il faut même s'en abstenir si la sensibilité est trop vive.

La quantité du liquide injecté et la durée des injections doivent varier avec les circonstances. C'est vers la fin du traitement, lorsque l'inflammation est tombée, qu'il convient surtout de prolonger et de multiplier les injections, afin d'activer le travail d'absorption et de rendre la tonicité aux organes; c'est alors qu'on a recours avec avantage aux injections froides ou chargées de principes aromatiques ou toniques.

Contrairement à quelques médecins, nous ne sommes pas d'avis que les malades prennent debout les injections vaginales : cette position est fort incommode et ne permet pas au liquide injecté de séjourner un temps suffisant dans le vagin pour baigner et pour nettoyer convenablement les tissus malades.

Il vaut mieux que les injections soient prises dans la position horizontale, la malade couchée sur le dos et le siége légèrement élevé. Cette manière de procéder remplit toutes les conditions, et elle assure à l'injection toute son efficacité.

Nous recommandons expressément de bien surveiller les effets des injections, et surtout des injections médicamenteuses. Cette pratique, qui est d'un usage si vulgaire, surtout chez les femmes de nos villes, n'est pas toujours inoffensive, comme on pourrait le croire, chez celles qui sont affectées de métrite chronique. On a souvent à redouter les inconvénients d'une exagération de la sensibilité ou les accidents d'une recrudescence inflammatoire, qui peuvent résulter de l'emploi abusif ou inopportun des injections vaginales. Dans les cas où la sensibilité des parties est trop exaltée, il y a lieu de substituer aux injections les lavements émollients ou narcotiques.

Douches vaginales. — Les *douches vaginales*, et de préférence les douches ascendantes, sont devenues, depuis quelques années, d'un usage fréquent dans les diverses affections de l'utérus. Dans les engorgements chroniques elles réveillent la tonicité et la vitalité de l'organe et activent la résolution de la phlegmasie. Dans les déplacements elles peuvent donner du ton aux ligaments suspenseurs de la matrice. Enfin, dans les diverses affections connues sous les noms de *métrite interne*, *leucorrhée*, etc., les douches sont quelquefois employées en vue de modifier les surfaces enflammées et de diminuer le travail phlegmasique. Mais elles ne produisent de bons résultats qu'à la condition d'être de courte durée; elles ont en effet une action résolutive très-marquée, si on ne les prolonge pas.

Les douches vaginales ascendantes ne doivent être employées qu'au déclin de l'inflammation, et lorsque le toucher ne développe plus de douleurs. Il faut en surveiller les effets avec la plus grande attention et interroger soigneusement les malades sur les sensations qu'elles éprouvent. Il est prudent de suspendre les douches vaginales si la réaction qui en résulte est douloureuse et s'il ne survient aucune modification dans l'état inflammatoire.

Les effets produits par les douches vaginales varient : 1° avec la température du liquide; 2° avec sa nature; 3° avec la hauteur de la chute; 4° avec le diamètre de la colonne liquide; 5° avec la force de projection.

1° La température du liquide doit être subordonnée à certaines conditions individuelles et à la physionomie du travail inflammatoire. Les douches froides conviennent surtout aux personnes d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique, chez lesquelles la phlegmasie a revêtu une forme atonique avec peu de tendance

vers la résolution. Dans ce cas, la douche froide provoque une réaction locale efficace, et peut donner aux tissus malades la tonicité nécessaire pour amener le travail résolutif. Les douches chaudes produisent quelquefois une prompte sédation chez certaines femmes nerveuses, tourmentées par des douleurs névralgiques excessives. Chez d'autres, les douches tempérées réussissent mieux à calmer les souffrances. Il faut, pour cela, sonder en quelque sorte la sensibilité des malades. Mais l'usage des douches tièdes ou tempérées est surtout indiqué dans la métrite franche, développée chez des femmes vigoureuses et d'un tempérament sanguin, à réaction énergique et facile, chez lesquelles les températures extrêmes pourraient réveiller quelque recrudescence ou même rappeler l'état aigu.

2° La nature du liquide doit varier suivant des circonstances dont le médecin est le seul juge : tantôt il faut employer l'eau pure ; tantôt il est utile de la remplacer par les eaux sulfureuses ou par les eaux alcalines.

3° La hauteur de la colonne liquide doit toujours être en rapport, comme la température de l'eau, avec les effets qu'on se propose d'obtenir : ainsi il est nécessaire de faire tomber le liquide d'une grande hauteur quand on veut tonifier fortement les tissus.

4° Tantôt la colonne d'eau doit être cylindrique, lorsqu'on veut joindre à l'action même du liquide l'influence de la percussion ; tantôt il faut diriger sur le col de l'utérus une douche en arrosoir ou en pluie, quand le choc du liquide peut être nuisible. Dans aucun cas, le diamètre du tuyau ne doit dépasser 2 ou 3 centimètres.

5° La projection du liquide dans le vagin et sur le col utérin doit être dirigée de bas en haut et avec une force modérée. Les douches trop énergiques produisent sur les tissus une secousse brusque, généralement fâcheuse. Il convient de commencer par de faibles poussées, et d'accoutumer les malades à des projections plus vives, en augmentant graduellement leur énergie.

Sans nier les résultats avantageux attribués aux douches utérines dans le traitement des affections de la matrice, nous croyons qu'on ne doit les employer dans la métrite chronique interne qu'avec une grande prudence et dans une mesure très-restreinte. Les accidents auxquels elles peuvent donner lieu, dans cette dernière affection, le peu de succès que nous avons retiré de leur usage, la certitude que nous avons de pouvoir obtenir la guérison en un temps aussi court et par des moyens aussi simples et moins dan-

gereux, font que nous n'avons recours que bien rarement aux douches ascendantes vaginales dans la métrite chronique interne.

Dans ces dernières années on a proposé de faire, et l'on a fait, dans le vagin, des injections de vapeur d'eau, simple ou médicamenteuse, d'acide carbonique, de vapeurs de chloroforme. Nous avons plusieurs fois constaté l'utilité de ces moyens pour calmer momentanément les douleurs névralgiques de l'utérus ; mais quand ces souffrances sont très-vives, nous trouvons plus simple, et peut-être plus efficace encore, d'administrer des inhalations de chloroforme. Cette pratique nous a rendu les plus grands services.

Topiques intravaginaux. — Récamier a proposé le premier de porter dans le vagin et jusque sur le col de l'utérus des topiques divers, tels que des cataplasmes, des sachets, des poudres, des pommades, etc., doués de propriétés émollientes, astringentes ou narcotiques, suivant le but qu'il voulait atteindre.

Mélier a suivi cette pratique et assure s'en être bien trouvé. Dans la métrite du col, il conseille d'introduire à demeure, jusqu'au fond du vagin, des tampons de charpie enduits de pommade ou imbibés de liquides médicamenteux.

M. Ricord, dans les ulcérations du vagin et du museau de tanche, et aussi dans le catarrhe utérin à sécrétion transparente, se sert de tampons imbibés d'eau blanche.

Vidal (de Cassis) préfère l'emploi des topiques sur le col, surtout dans les ulcérations granuleuses.

Mais le cas où ces deux chirurgiens ont employé ces moyens, dont ils n'ont eu d'ailleurs qu'à se louer, n'étaient-ils point de nature spécifique ?

Hourmann recommande le tamponnement à sec avec du coton cardé, non pour agir directement sur les parties enflammées, mais pour isoler les surfaces, prévenir la diffusion du muco-pus et empêcher son influence irritante.

Calmants. — Nous avons déjà signalé plus haut l'emploi des narcotiques en lavements, en injections, en cataplasmes et en fomentations. Nous administrons encore assez souvent à l'intérieur les calmants et les antispasmodiques (préparations d'opium, de belladone, de datura, de jusquiame, de morelle, d'aconit, de chloroforme, d'éther, de musc, de castoréum, d'oxyde de zinc, de valériane, de

mélisse, etc.). Mais comme tous ces moyens sont dirigés bien moins contre la phlegmasie utérine que contre quelques-unes de ses complications, nous ne ferons que les énumérer ici, nous proposant d'y revenir avec détail dans les chapitres consacrés à la névralgie utérine et aux névralgies symptomatiques de la métrite interne.

MÉDICATION GÉNÉRALE SPÉCIFIQUE. — Lorsque, à l'aide des moyens que nous venons d'exposer et de ceux qu'il nous reste à faire connaître, on est parvenu à dissiper l'élément inflammatoire et qu'on se trouve en présence d'un écoulement catarrhal entretenu par quelque diathèse, il devient nécessaire de recourir à une médication propre à modifier cette disposition générale de l'économie. C'est dans ce but qu'on a recommandé les amers, les toniques, les préparations martiales, sulfureuses, mercurielles, iodées, arsenicales, etc. Seulement nous ne saurions trop répéter que ces moyens sont formellement contre-indiqués lorsque l'élément inflammatoire est encore prédominant.

SOINS HYGIÉNIQUES. — Quelle position convient-il de donner aux malades atteintes de métrite interne? Il faut généralement leur laisser le soin de choisir la position où elles trouvent le plus de repos, et qui leur procure le plus de soulagement. Cependant nous croyons qu'il importe qu'elles ne demeurent pas trop longtemps couchées. Autant que possible, on doit conseiller quelques promenades dans l'appartement ou mieux encore au dehors, si la saison le permet et si l'état de l'utérus ne s'y oppose point. Quand les malades éprouvent de la fatigue, dans le jour, nous préférons qu'elles se reposent sur une chaise longue plutôt que sur un lit, dont l'usage prolongé n'est pas sans inconvénients dans la métrite interne. La nécessité de prescrire à nos malades d'hôpital le repos au lit, à défaut de chaises longues, doit être mise au nombre des causes qui retardent la guérison des phlegmasies utérines dans la pratique nosocomiale.

Nous n'avons pas besoin de dire que l'influence fâcheuse du lit tient à deux causes : à la position déclive que la femme est obligée d'y garder, et à la chaleur, quelquefois excessive, développée autour du bassin. Ce sont là, pour l'utérus, deux sources actives de congestion, qu'il faut éloigner autant qu'on le peut. C'est surtout dans les rétroversions avec engorgement rétro-utérin que le lit devient funeste aux malades. On diminue ces inconvénients en proscrivant

les matelas de plume et en n'employant que des matelas de crin.

A l'égard de quelques femmes épuisées ou anémiques, chez lesquelles la circulation manque d'activité et dont les téguments et les extrémités sont constamment refroidis, il est convenable de s'écarter de ces prescriptions et d'employer les moyens propres à ranimer l'activité circulatoire et à élever la chaleur de la périphérie.

On a dit, avec beaucoup de sens, que le repos est le premier des antiphlogistiques : et, en effet, c'est une vérité bien connue en physiologie, qu'un organe, pendant l'état de fonction, devient le siége d'une vitalité plus grande et d'un surcroît d'activité circulatoire. Cette proposition est particulièrement vraie pour l'appareil génital, dont les fonctions ne sauraient s'accomplir sans produire, non-seulement une surexcitation locale considérable, mais encore un ébranlement nerveux et sympathique de toute l'économie. Il y aura donc utilité et souvent urgence à interdire les rapports sexuels aux femmes atteintes de métrite interne : l'abstinence de la cohabitation sera très-souvent une des prescriptions nécessaires du traitement et une des conditions formelles de la guérison.

Cependant, pour quelques malades la continence absolue serait plus funeste que favorable. Certaines femmes, douées d'une imagination ardente et passionnée, éprouvent des désirs violents que l'hypérémie utérine ne fait que rendre plus irrésistibles, et qui peuvent, n'étant pas satisfaits, devenir la source de troubles nerveux graves, de rêves érotiques fréquents, plus dangereux que l'usage modéré du coït. Dans les cas de ce genre on peut permettre le rapprochement conjugal, mais avec l'expresse recommandation d'une sage réserve et de la plus grande sobriété.

Régime. — Le régime a une telle importance, dans le cours du traitement de la métrite chronique interne, que nous n'hésitons pas à le considérer comme l'auxiliaire le plus puissant des différentes médications dirigées contre cette phlegmasie, et à déclarer que de son observation plus ou moins exacte dépend en grande partie le succès de la thérapeutique.

Le régime est subordonné à tant de conditions, soit générales, soit locales, que nous ne saurions l'assujettir ici à une formule fixe ni à une règle constante. On comprend, en effet, qu'il doit varier suivant la constitution des sujets, suivant la période de la maladie, sui-

vant la marche qu'elle affecte, suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, etc.

Un régime sévère doit être prescrit aux femmes d'une bonne constitution, à celles dont la métrite s'accompagne de phénomènes de réaction manifeste et auxquelles convient le traitement antiphlogistique.

Si la malade est faible, chloro-anémique, si la métrite est légère et ne donne lieu qu'à des symptômes peu caractérisés, on peut permettre l'usage d'une alimentation suffisamment substantielle, mais qui ne doit jamais dépasser la mesure compatible avec l'existence d'une lésion phlegmasique.

Dans tous les cas, il faut tenir compte de l'état des fonctions digestives et prendre en considération les troubles gastralgiques et les accidents dyspeptiques, qui s'associent fréquemment à la métrite chronique interne. Il est donc très-important de surveiller non-seulement la quantité, mais encore le choix et la qualité des aliments.

Nous nous contentons de ces indications vagues et générales, laissant à la sagacité de chaque praticien le soin de s'inspirer des circonstances pour instituer le régime le plus convenable et le mieux approprié à l'état des malades affectées de métrite chronique interne.

A mesure que la phlegmasie utérine marche vers la guérison, on doit ajouter quelque chose au régime ; on augmente progressivement la quantité des aliments et l'on autorise une nourriture de plus en plus substantielle.

Lorsque la convalescence est franchement établie, on institue, dans le but de restaurer la constitution affaiblie par les longueurs de la maladie et par les rigueurs du traitement, un régime franchement analeptique, composé de viandes noires et de vins généreux ; on prescrit, s'il y a lieu, les préparations toniques de quinquina et de fer, les exercices corporels, le séjour de la campagne et les procédés hydrothérapiques, dont nous avons parlé plus haut.

§ II. — Traitement local et direct.

Les moyens que nous venons de passer en revue modifient d'une manière puissante la phlegmasie utérine. Les émissions sanguines et les révulsifs, s'adressant directement à l'élément inflammatoire, sont

utiles dans le traitement de la métrite chronique interne du corps, sous la réserve expresse des conditions que nous avons spécifiées et des indications que nous avons posées. Ces moyens sont-ils suffisants ? Non, dans l'immense majorité des cas.

Sans doute, quelquefois la métrite chronique interne, alors que le travail phlegmasique est demeuré superficiel et ne date pas de très-loin, finit par céder aux moyens généraux bien dirigés et employés avec persévérance; nous en avons observé quelques exemples, surtout chez des jeunes filles vierges ou chez des femmes mariées et nullipares; mais le plus souvent il y a des lésions anciennes de la muqueuse qui résistent aux antiphlogistiques et aux dérivatifs. Ceux-ci, en effet, ne font que détruire l'état congestif; mais, la fluxion dissipée, restent ces altérations de texture que la phlegmasie a imprimées aux tissus malades, et qu'il faut attaquer directement par les agents modificateurs dont la médecine dispose. Nous voulons parler du cathétérisme, des cautérisations intra-utérines et de l'abrasion de la face interne de la matrice au moyen de la curette de Récamier.

Quel que soit celui de ces moyens thérapeutiques que l'on se propose d'employer, *il importe, il est indispensable,* avant de commencer le traitement local de la métrite interne, de s'assurer s'il existe ou non une phlegmasie péri-utérine. Si l'on constate la présence d'une complication de cette nature, il faut ajourner toute manœuvre, tout traitement mécanique dans la cavité de l'utérus; il faut, avant tout, combattre la phlegmasie péri-utérine par les moyens les mieux appropriés à l'état général et à la constitution des sujets : antiphlogistiques directs ou indirects, révulsifs, dérivatifs, calmants, bains généraux, etc. Et ce n'est qu'après avoir écarté ainsi cette redoutable complication, que l'on peut, sans péril, entreprendre la thérapeutique locale et directe de l'endométrite chronique.

Ce précepte est formel et absolu; il ne souffre point d'exceptions. Et c'est pour l'avoir méconnu ou négligé que l'on a vu et que l'on voit encore des accidents graves, et quelquefois mortels, éclater à la suite du cathétérisme utérin, des cautérisations intra-utérines ou de l'emploi de la curette de Récamier.

Cathétérisme préalable. — Lorsqu'il n'y a point de contre-indication au traitement direct, il est utile, avant d'en venir à la cautérisation ou à la curette, d'instituer un traitement préliminaire,

consistant dans l'introduction d'une sonde dans la cavité utérine, comme procédé d'exploration.

Le cathétérisme utérin *préalable* a pour but d'apprécier la sensibilité de la surface interne de la matrice, son degré de tolérance pour les corps étrangers et le diamètre de ses orifices et de son conduit.

La sonde pénètre-t-elle facilement et sans provoquer de douleurs vives, on peut commencer immédiatement le traitement par la cautérisation intra-utérine.

Si le cathétérisme provoque des douleurs aiguës, il serait inopportun et dangereux d'appliquer tout de suite la cautérisation : il faudra, par des cathétérismes gradués et répétés tous les trois ou quatre jours, émousser la sensibilité de l'utérus et l'accoutumer au contact et au passage des corps étrangers.

Le conduit utérin est-il rétréci, la sonde ne passe-t-elle qu'avec peine, il est nécessaire encore de recourir au cathétérisme gradué et plusieurs fois répété, comme nous venons de le dire.

A plus forte raison cette méthode doit-elle être employée quand les deux conditions défavorables précitées se trouvent réunies.

Nous n'avons jamais eu qu'à nous louer d'avoir suivi cette voie, un peu lente il est vrai, mais toujours sûre; et nous avons quelquefois regretté de nous en être écartés.

Nous ne doutons pas que les accidents observés par quelques praticiens, à la suite des cautérisations intra-utérines, ne tiennent en grande partie à l'omission du cathétérisme préliminaire.

CAUTÉRISATIONS INTRA-UTÉRINES. — Nous avons insisté précédemment sur l'utilité des émissions sanguines, soit générales, soit locales, au début du traitement de la métrite chronique interne du corps, et nous avons établi que, dans quelques circonstances déterminées, ce n'est qu'après avoir ainsi dissipé la congestion inflammatoire que l'on doit recourir aux modificateurs locaux. Telle est, en effet, la marche la plus rationnelle à suivre dans le traitement des phlegmasies utérines; toutefois on peut, dans un certain nombre de cas, s'écarter de cette règle et commencer d'emblée par les cautérisations. Plusieurs de nos observations font voir, en effet, qu'une guérison complète s'obtient parfois sans le secours des émissions sanguines et seulement à l'aide du traitement local. Nous appelons particulièrement l'attention sur ces paroles et sur ces faits, qui prouvent combien est peu

fondée l'accusation, formulée contre nous, *d'employer avec exagération et de prescrire à tout propos les émissions sanguines.* Encore une fois, nous n'y avons recours que lorsqu'il est nécessaire de combattre un état de congestion inflammatoire et que la constitution des malades le permet; mais quand ces deux conditions expresses n'existent point, nous nous gardons bien de soustraire du sang inutilement et d'abaisser les forces sans raison.

Ceci étant bien établi, nous allons étudier successivement les cautérisations pratiquées à la surface interne du col et les cautérisations faites dans la cavité même du corps.

Cautérisation de la surface interne du col. — C'est surtout dans les cas où la phlegmasie est bornée à la cavité du col utérin que l'on peut se passer des émissions sanguines et recourir d'emblée aux cautérisations. Mais avant de pratiquer ces sortes d'opérations, il faut, comme nous l'avons dit plus haut, vérifier, par le cathétérisme préalable, si les orifices utéro-vaginal et cervico-utérin ont conservé leurs dimensions normales. « L'inflammation de la cavité du col, dit M. Bennett, s'accompagne dune dilatation plus ou moins prononcée de l'orifice de cette cavité; mais, ajoute l'auteur anglais, cette dilatation morbide de la cavité du col n'atteint pas l'orifice interne, qui oppose, dans la plupart des cas, une espèce de barrière à l'extension de l'inflammation à la cavité utérine. » Nous avons eu déjà l'occasion de déclarer que nous n'étions pas, sur ce point, de l'avis de M. Bennett; car l'observation nous a démontré que la dilatation des orifices n'existe qu'à la suite de certaines métrites postpuerpérales, et que, dans d'autres cas, il y avait plutôt un rétrécissement. Aussi recommandons-nous très-expressément d'opérer, s'il y a lieu, la dilatation progressive, au moyen du cathétérisme, avant de procéder à la cautérisation.

Les caustiques que l'on emploie sont : — les uns solides, comme le nitrate d'argent fondu, la potasse caustique, le fer rouge et le cautère électrique; — les autres liquides, comme la solution de nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure du Codex, l'acide nitrique, l'acide sulfurique, l'acide chromique, l'acide chlorhydrique, le sulfate acide d'alumine, la teinture d'iode.

1° *Avec le nitrate d'argent.* — Lorsqu'on ne veut cautériser que la surface interne du col de l'utérus, on porte dans cette cavité un crayon de nitrate d'argent fondu, conique à son extrémité libre,

préalablement fixé soit sur le porte-pierre, soit au bout d'une pince ordinaire. On en prolonge le contact avec la muqueuse malade pendant une demi-minute environ, afin de modifier plus profondément les tissus et d'amener une guérison plus rapide. M. Richet va même quelquefois jusqu'à laisser un fragment du crayon dans la cavité du col; et il n'en résulte, dit-il, pour la malade, que des coliques passagères.

Ayant entendu parler, par un de nos anciens élèves, M. le docteur Coffin, des succès que M. Richet obtenait à l'aide de ce procédé, nous l'avons expérimenté dans deux cas, il y a quelques années. L'une de nos malades n'a éprouvé aucun accident sérieux; quelques douleurs seulement, pendant les premières heures qui ont suivi la cautérisation, et au bout de deux ou trois jours, des résultats assez avantageux. Mais il n'en a pas été de même pour la seconde. Celle-ci, qui était atteinte d'une métrite interne du col et du corps, a été prise d'accidents très-graves et d'une recrudescence inflammatoire des plus vives. Il s'ensuivit encore un tel rétrécissement de l'orifice cervico-utérin, qu'il devint impossible plus tard d'y faire pénétrer la petite sonde de Simpson.

Ce n'est pas seulement entre nos mains que ce mode de cautérisation a produit de semblables rétrécissements. Nous en avons constaté chez des malades qui avaient été cautérisées, suivant ce procédé, par M. Richet et par Chomel.

C'est là un grave inconvénient, qui, selon nous, doit suffire pour engager à employer avec réserve ce procédé.

Nous dirons même que la cautérisation ordinaire, avec le crayon de nitrate d'argent, la cautérisation telle que nous l'avons conseillée plus haut, a déterminé parfois de pareils accidents. Ces faits nous ont rendus fort circonspects, et nous avons recours, le plus rarement possible, au nitrate d'argent solide dans le traitement de la métrite interne chronique du col.

Toutefois, quand nous l'employons, nous ne pratiquons qu'une cautérisation légère et de courte durée; puis, nous dirigeons sur le col une injection d'eau fraîche, ou mieux encore d'eau salée, afin d'entraîner les molécules du caustique ou de neutraliser son action par la formation d'un chlorure d'argent insoluble et inerte.

Un intervalle de six à huit jours doit être laissé entre chaque cautérisation. Pendant ce temps, l'eschare se détache et permet de constater la modification qui a été produite. En général, il n'y a

d'amendement réel qu'après plusieurs cautérisations successives.

2° *Avec le caustique de Filhos.* — La potasse caustique de Vienne solidifiée, sous forme de crayon, a été employée et préconisée par M. Filhos, par Amussat, par MM. Richet et Bennett. C'est un caustique puissant, qui nous paraît devoir être réservé surtout pour la métrite interne du col compliquée d'engorgement. M. le docteur Dubreuil a vu, dans le service de M. Richet, sur vingt-huit cas, six fois des accidents déterminés par ce caustique, employé soit à la surface interne, soit à la surface externe du col. Deux malades furent atteintes de métrite aiguë; une troisième, d'une métrorrhagie qui dura six heures; et les trois autres, d'une inflammation aiguë du tissu cellulaire péri-utérin. Mais il est probable que cette inflammation existait déjà, sans être soupçonnée, sous la forme chronique, avant la cautérisation, qui n'a fait que provoquer son passage à l'état aigu. Les observations que nous avons faites à cet égard, sur nos propres malades, nous autorisent à présenter cette interprétation comme fondée. En dehors de ces accidents, dus à la préexistence d'une phlegmasie péri-utérine, nous n'avons rien observé de fâcheux dans notre pratique, après l'emploi du caustique de Filhos. Il est vrai que nous y avons eu rarement recours pour opérer la cautérisation interne du col ; car nous avons été retenus par la crainte de produire ces rétrécissements, si communs à la suite de l'emploi du nitrate d'argent laissé à demeure dans le conduit cervical de l'utérus. Cette crainte n'était que trop justifiée, puisque nous avons eu l'occasion de donner des soins à plus de vingt malades atteintes de métrite interne avec rétrécissement de l'orifice utéro-vaginal, à la suite de cautérisations avec le caustique de Vienne sodifié. Nous dirons plus loin comment on peut prévenir ces rétrécissements.

Pour pratiquer la cautérisation de la surface interne du col avec le caustique de Filhos, on dépouille ce caustique de son enveloppe de plomb ou de gutta-percha dans une longueur de 2 centimètres, et on le fixe solidement par l'autre bout entre les mors d'une pince. Puis, après avoir enlevé le muco-pus qui baigne le col utérin, on enfonce dans sa cavité l'extrémité dénudée et amincie du crayon, et l'on prolonge le contact une minute. On termine par une irrigation d'eau fraîche, afin d'entraîner les parties du caustique liquéfiées, dont l'action n'a pas été épuisée, et qui pourraient, en se portant sur le vagin, y déterminer une eschare plus ou moins profonde, comme nous l'avons vu dans un cas.

L'injection d'eau froide est certainement une précaution insuffisante pour prévenir le rétrécissement du col ou de son orifice, après la cautérisation, soit par le nitrate d'argent solide, soit par le caustique de Filhos. Ces rétrécissements étant le résultat des adhérences que contractent entre elles les surfaces opposées, après la chute de l'eschare et pendant le travail de la cicatrisation, nous rendons impossible la production de cet accident en pratiquant le cathétérisme sitôt que l'eschare est tombée, et en continuant à porter la sonde dans la cavité utérine pendant que la plaie se cicatrise. Par ce moyen nous empêchons toute adhérence entre les bords opposés, et, depuis que nous y avons recours, nous n'avons pas eu de nouveaux cas de rétrécissement ni de la cavité du col ni de l'orifice utéro-vaginal. Nous prévenons encore plus sûrement ces adhérences en faisant suivre chaque opération de cathétérisme de la cautérisation superficielle de la surface interne du col, à l'aide d'un pinceau intra-utérin imbibé de nitrate d'argent liquide. Cette cautérisation doit être continuée jusqu'à l'apparition des règles.

3° *Avec le cautère électrique.* — Nous n'en pouvons point parler par expérience ; nous ne l'avons jamais employé pour la cautérisation du col utérin ; nous ne croyons pas non plus qu'il ait été fait à cet égard des essais bien sérieux. D'ailleurs, nous ne voyons point quelle supériorité ce genre de caustique pourrait avoir sur les précédents, et à quel titre il mériterait de leur être préféré. Ses propriétés énergiques doivent le faire placer à côté du fer rouge, et par conséquent le faire rejeter, en général, dans le traitement de la métrite interne du col ; car il n'est pas de moyen qui expose davantage aux dangers consécutifs à l'application des cautérisations profondes, tels que les rétrécissements ou les recrudescences inflammatoires.

4° *Avec la solution de nitrate d'argent.* — La solution de nitrate d'argent est assurément un caustique moins puissant que les deux précédents ; mais il est exempt de leurs dangers, et il présente, en outre, l'avantage de pouvoir se doser. Le seul reproche qu'on puisse lui faire, c'est d'avoir une action très-lente et de prolonger ainsi le traitement ; toutefois c'est là un mince inconvénient si on le compare aux accidents que déterminent la potasse caustique et le nitrate d'argent solide ; aussi estimons-nous que, dans le plus grand nombre des cas, il faut lui donner la préférence.

En général, nous nous servons d'une solution formée d'une partie

de nitrate d'argent sur deux parties d'eau ; mais on peut, suivant les cas, augmenter ou diminuer la dose du sel caustique.

Pour employer cette solution, on se sert d'une tige d'osier ou de baleine, dont une des extrémités est enveloppée de charpie, de manière à former un petit pinceau. Après avoir nettoyé le museau de tanche avec du coton, on introduit le pinceau, imbibé de nitrate d'argent liquide, dans la cavité du col, à une profondeur de 20 à 25 millimètres ; on répète cette opération trois ou quatre fois de suite.

Si la surface interne du col est fongueuse, saigne facilement, on remplace le nitrate d'argent liquide par le nitrate acide de mercure. Quelquefois, cependant, avec de la persévérance, on peut amener la guérison en se servant exclusivement de nitrate d'argent. Dans tous les cas, nous avons l'habitude, pour prévenir une hémorrhagie, de porter au préalable dans la cavité du col un pinceau imbibé d'une solution de perchlorure de fer.

Cette cautérisation est, en général, peu douloureuse. Un de ses effets les plus constants, c'est l'augmentation momentanée des pertes blanches, soit immédiatement après l'opération, soit quelques jours plus tard. Parfois il se fait un léger écoulement de sang, à la chute de l'eschare ; rarement la perte est très-abondante. Nous n'avons constaté que deux cas de rétrécissement à la suite de ces cautérisations.

On répète la cautérisation à des intervalles qui varient de six à huit jours. Il est inutile de dire qu'il faut s'abstenir des cautérisations pendant les quelques jours qui précèdent et qui suivent les règles.

5° *Avec la solution de nitrate acide de mercure.* — Le nitrate acide de mercure du Codex s'emploie de la même façon que le nitrate d'argent liquide. Toutefois, comme c'est un caustique plus actif, nous conseillons de ne s'en servir qu'à de plus faibles doses. On doit toujours avoir soin, aussitôt après la cautérisation, de projeter sur le col une injection d'eau fraîche, puis de la poudre d'amidon, afin de préserver la muqueuse vaginale de l'action du caustique qui pourrait rester encore dans le conduit utérin.

Les cautérisations avec le nitrate acide de mercure doivent être répétées tous les huit jours jusqu'à la guérison. Un petit nombre de cautérisations suffisent d'ordinaire. Jamais nous n'avons vu l'emploi du nitrate acide de mercure, quand il demeurait borné à la cavité

du col, produire de salivation; dans les deux cas où nous avons observé cet accident, le caustique avait été porté jusque dans la cavité du corps.

6° *Avec différents autres caustiques liquides.* — On emploie encore l'acide nitrique, l'acide sulfurique, l'acide chromique, la teinture d'iode.

Nous n'avons jamais eu recours ni à l'acide nitrique, ni à l'acide sulfurique, ni à l'acide chromique, et nous ne pouvons apprécier leur degré d'efficacité.

M. Sims emploie souvent l'acide chromique, et il se sert d'une solution préparée avec 4 grammes de cet acide, qui est très-déliquescent, et 4 grammes d'eau distillée.

Ce chirurgien applique l'acide chromique sur les granulations seulement, au moyen d'une baguette de verre plein, effilée, pour qu'elle n'en retienne qu'une goutte ou deux.

Cette solution, dit M. Sims, ne cause aucune douleur, et elle peut être portée dans le canal cervical et même plus loin.

Nous ne pouvons, encore une fois, juger la valeur de ce caustique, que nous nous proposons d'expérimenter dans la suite.

Quant à la teinture d'iode, nous l'avons soumise à de nouvelles expériences depuis la publication de la première édition de cet ouvrage, et nous en avons obtenu de bons résultats dans plusieurs cas de métrite chronique externe ou interne qui s'étaient montrés réfractaires à l'action du nitrate d'argent ou du nitrate acide de mercure.

En général, la teinture d'iode réussit dans les métrites internes chroniques anciennes, qui ont amené dans les tissus malades un certain degré d'atonie.

Alors la teinture d'iode imprime à ces tissus une heureuse modification qui concourt à hâter la guérison.

Il n'est pas possible toutefois de déterminer immédiatement le choix du caustique qu'il convient d'employer de préférence.

Si les effets d'un caustique ne sont pas satisfaisants, il ne faut pas hésiter à en essayer un autre, et à employer successivement le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure et la teinture d'iode.

Dans les cas où la métrite interne du col est rebelle, quand elle résiste opiniâtrément à la solution de nitrate d'argent ou au nitrate acide de mercure, et qu'elle réclame l'usage d'un caustique actif et puissant, on aura recours, selon les cas, au nitrate d'argent

fondu ou à la potasse caustique de Filhos, en se conformant aux préceptes que nous avons posés plus haut.

Du reste, il est infiniment rare de rencontrer des métrites internes du col qui ne cèdent dans un temps assez court à l'emploi, convenablement dirigé, des deux premiers caustiques.

Cautérisation dans la cavité du corps. — La cautérisation intra-utérine a été pratiquée pour la première fois par Récamier, qui se servait, pour cette opération, du porte-caustique de Lallemand. Trousseau, Robert, Velpeau, MM. Maisonneuve et Richet ont suivi l'exemple de Récamier. Lisfranc, qui portait rarement un caustique jusque dans le col, n'a jamais cautérisé la surface interne du corps ; aujourd'hui cette pratique est encore d'un usage peu répandu. Pendant les premières années de nos recherches sur les affections de la matrice, nous partagions les craintes et les répugnances de Lisfranc relativement aux cautérisations intra-utérines. Les bons résultats que nous avons obtenus de nos premiers essais nous ont rendus plus confiants dans ce moyen, et aujourd'hui qu'une expérience plus longue nous a appris à bien distinguer, dans la grande majorité des cas, la métrite interne du corps et les diverses lésions qui la compliquent, nous n'hésitons plus, à moins de contre-indications spéciales, à porter directement le caustique jusque sur la muqueuse enflammée.

Nous nous servons, pour les cautérisations intra-utérines, du nitrate d'argent solide, de la solution de nitrate d'argent, du nitrate acide de mercure et parfois de la teinture d'iode. Jusqu'à présent nous n'avons jamais employé ni l'acide nitrique, ni l'acide sulfurique.

1° *Avec le crayon de nitrate d'argent.* — A l'exemple de Récamier, nous introduisons le nitrate d'argent solide dans la cavité de l'utérus, à l'aide du porte-caustique de Lallemand, que nous avons un peu modifié pour rendre l'opération plus facile. Dans ce but, nous avons fait disposer, à 6 centimètres de l'extrémité qui doit pénétrer dans l'utérus, un relief, pour indiquer à quelle profondeur l'instrument se trouve dans l'organe et pour servir ainsi de point de repère. La gouttière de la tige a 15 millimètres de long sur 3 millimètres de large ; et nous avons donné au bouton terminal une plus grande longueur, afin de faciliter son introduction et celle de la canule dans la cavité utérine.

Pour introduire le porte-caustique, on procède comme pour le cathétérisme utérin, en ayant soin de tenir la gouttière bien exactement recouverte par la canule, de manière à ne point cautériser le col en passant. Dans quelques cas, on éprouve des difficultés assez grandes pour l'introduction du porte-caustique.

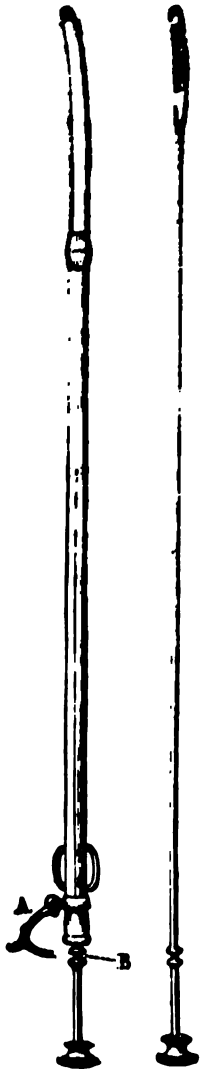

FIG. 10.

Nous ne voulons pas nous arrêter ici sur ce sujet, qui nous occupera plus longuement dans l'exposé des déviations utérines. Qu'il nous suffise de dire, dès maintenant, qu'avec de l'habitude et de la prudence, on vient presque toujours à bout de franchir, sans accident et sans trop de peine, le conduit et les deux orifices du col. Une fois l'instrument porté dans la cavité du col de la matrice, nous découvrons la cuvette qui contient le caustique, en imprimant à la tige un mouvement de rotation. Après avoir laissé le nitrate d'argent en contact avec la surface malade, pendant deux minutes environ, nous retirons très-lentement la canule et la tige, de manière à cautériser, en passant, la surface interne du col. On rencontre souvent une certaine difficulté à retirer le porte-caustique, et à faire franchir au bouton l'orifice cervico-utérin. L'étroitesse de cet orifice, le spasme qu'il éprouve par le fait de la cautérisation, et son obstruction par les mucosités coagulées, sont autant de causes qui apportent un grand obstacle à la sortie de l'instrument et provoquent, en ce moment, une assez vive douleur. Parfois il se produit alors un petit écoulement sanguin qui soulage la malade, et qui n'a d'ordinaire aucune suite fâcheuse.

Afin de remédier à ces inconvénients, qui peuvent n'être point sans gravité, j'ai fait subir au porte-caustique une autre modification, consistant dans la suppression du bouton terminal, d'où venait l'obstacle à la sortie de l'instrument, et en établissant à l'autre extrémité une griffe à charnière A, destinée à fixer la tige qui

présente une rainure circulaire B, pour la recevoir (fig. 10).

2° *Avec les caustiques liquides.* — Pour porter les caustiques liquides dans la cavité du corps de l'utérus, nous nous servons du pinceau intra-utérin, dont nous avons déjà parlé. Quand il a été convenablement introduit, et que nous avons la certitude qu'il a atteint le fond de la matrice, nous le faisons tourner sur son axe, de manière à en bien exprimer le liquide ; puis nous le retirons. On revient à cette manœuvre trois ou quatre fois, s'il en est besoin. Le pinceau intra-utérin pénètre quelquefois assez facilement, surtout si l'on a eu soin de le recourber à la manière d'une sonde ; mais, dans certaines déviations, son introduction offre les plus grandes difficultés. Il a en outre le fâcheux inconvénient, quelque bien fait qu'il soit, de déchirer la membrane interne de la matrice et de déterminer une hémorrhagie plus ou moins abondante, qui nuit à la cautérisation. Lorsqu'on éprouve quelque résistance à faire pénétrer l'instrument, il ne faut pas trop insister, ni forcer brusquement le passage, car on exposerait la malade à des douleurs intenses et parfois à des dangers sérieux. Si le col est largement dilaté, on ne rencontre pas de semblables embarras. Aussi, dans les cas contraires, avons-nous l'habitude de préparer les voies par le cathétérisme préalable, ou même par des incisions faites dans la longueur du col, s'il y a un rétrécissement. Nous avons eu à nous louer toujours de cette pratique.

Lorsque la déviation utérine est telle que le pinceau ne peut être porté dans la cavité du corps, nous avons recours à l'emploi d'un porte-caustique liquide. M. Bennett se sert aussi d'un instrument analogue, mais c'est en vue de prévenir le contact du caustique avec la muqueuse du col utérin : cette précaution nous paraît inutile, puisque, comme nous l'avons déjà dit, il n'est pas moins important, dans le plus grand nombre des cas, de cautériser le col que le corps.

Après différents essais, nous avons adopté et fait construire un porte-caustique liquide, qui se compose d'une sonde de platine tout à fait semblable, quant à la forme et aux dimensions, à la sonde du porte-caustique solide. Cette sonde est munie d'un mandrin, qui lui est assujetti par une de ses extrémités, au moyen d'une vis ou d'une griffe à charnière. Afin de faciliter l'introduction de l'instrument et la rendre moins douloureuse, l'autre extrémité du mandrin est terminée par un bouton conique qui dépasse la sonde de 3 ou 4 milli-

mètres. Une fois que le point de repère, marqué sur l'instrument, est arrivé au niveau de l'orifice utéro-vaginal, nous retirons un peu la canule en avant pour éviter de heurter le fond de l'utérus ; puis, ayant enlevé le mandrin, nous introduisons à sa place un pinceau intra-utérin, imbibé de la solution caustique, et nous le portons à travers la sonde jusque dans le corps de l'utérus (fig. 11).

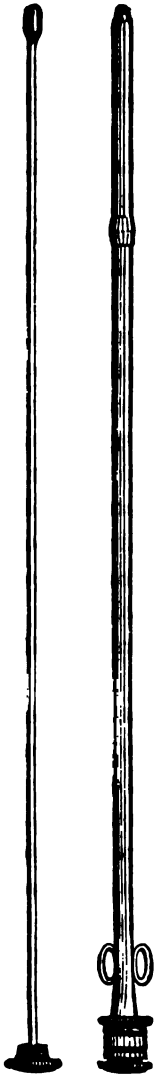

Fig. 11.

Ce procédé de cautérisation ne diffère dès lors en rien de la cautérisation avec le porte-caustique solide. Cependant, avant l'opération, il faut avoir soin de marquer sur la tige du pinceau la longueur de la sonde, afin de savoir à quelle profondeur il doit être porté pour atteindre la surface interne du corps utérin.

On répète la même manœuvre trois ou quatre fois.

Il est aisé de comprendre qu'à l'aide de ce porte-caustique, et grâce à la sonde qui sert de tube conducteur au pinceau, on n'a pas à lutter contre le spasme de l'orifice cervico-utérin ni contre le resserrement des parois du col.

Dans quels cas doit-on employer le nitrate acide de mercure ou la solution de nitrate d'argent ?

On se sert du nitrate d'argent lorsque l'exploration de l'utérus par le cathétérisme n'est pas suivie d'hémorrhagie. Au début du traitement, alors que le conduit cervical n'a pas subi de coarctation et qu'il peut admettre aisément le pinceau intra-utérin, nous employons de préférence le nitrate d'argent liquide. Plus tard nous nous servons du nitrate d'argent solide. Quand la surface utérine et surtout l'orifice cervico-utérin sont le siége d'une sensibilité exagérée, nous introduisons d'abord le nitrate d'argent liquide au moyen de notre porte-caustique ; et, plus tard, lorsque, sous l'influence des cautérisations, cet excès de sensibilité a diminué, nous employons le porte-caustique solide.

Mais si la surface de l'utérus saigne facilement au passage de la sonde, nous avons d'abord recours au nitrate acide de mercure; car le plus souvent l'écoulement sanguin n'empêche pas l'action de ce caustique sur la membrane muqueuse. Le nitrate acide de mercure a en outre le grand avantage de prévenir les hémorrhagies pour les cautérisations suivantes. L'emploi préalable de la solution de perchlorure de fer produit de bons effets dans les mêmes conditions.

Nous réservons pour un autre chapitre ce qui a trait aux cautérisations pratiquées dans la métrite interne compliquée de phlegmasie péri-utérine.

Les cautérisations intra-utérines avec le nitrate acide de mercure seront répétées seulement tous les huit ou dix jours; on peut les rapprocher davantage si l'on emploie le nitrate d'argent.

Le nombre des cautérisations à pratiquer dans le cours de la métrite chronique interne est variable et ne saurait être précisé à priori; il est nécessairement subordonné à l'opiniâtreté du mal et aux effets obtenus.

Nous avons l'habitude de prescrire, après chaque cautérisation au nitrate acide de mercure, une injection d'eau froide avec l'irrigateur d'Éguisier, afin d'atténuer l'action immédiate du caustique et de limiter ses effets; mais cette précaution n'est pas nécessaire après les cautérisations avec le nitrate d'argent.

Il est toujours utile de conseiller aux malades un peu de repos après chaque cautérisation; on doit même l'exiger des personnes qui éprouvent de vives souffrances, par suite de la cautérisation ou du simple cathétérisme.

Avant de parler des suites des cautérisations intra-utérines, nous devons signaler un fait important. Il arrive parfois que les accidents de la métrite interne résistent opiniâtrément aux médications les mieux dirigées. Si l'on explore alors la cavité utérine au moyen d'une sonde, et si l'on rencontre un point limité de la muqueuse où le contact de l'instrument détermine une douleur extrêmement vive, ce point peut être considéré comme le foyer des phénomènes inflammatoires. On ne voit alors disparaître tous les symptômes de la métrite qu'après l'avoir cautérisé à plusieurs reprises. Il est donc fort essentiel de pratiquer l'exploration dont nous venons de parler.

Lorsque la métrite chronique interne est guérie, la leucorrhée cesse, et tous les accidents se dissipent peu à peu. Mais il faut toujours attendre, pour annoncer la guérison et la regarder comme

certaine, que les règles soient revenues une ou deux fois, sans ramener aucun accident, ni douleurs vives, ni pertes blanches, ni rougeur anormale du museau de tanche, etc. Si quelqu'un de ces phénomènes se reproduit, on doit revenir aux cautérisations, pour prévenir une récidive imminente.

Quand la métrite interne coexiste avec une vaginite, il faut attaquer à la fois les deux affections, si l'on ne veut pas s'exposer à les voir réagir indéfiniment l'une sur l'autre et se perpétuer ainsi, sans tendance vers la guérison.

Le traitement de la métrite chronique interne, chez les vierges, ne diffère point de celui qui vient d'être exposé. Cependant, avant d'en venir aux cautérisations intra-utérines, on insistera sur les moyens généraux et l'on essayera d'obtenir la guérison par le traitement indirect. Si ces tentatives demeurent inefficaces, il faut en venir au traitement local, après avoir pratiqué, avec l'assentiment de la malade et des parents, s'il y a lieu, l'incision ou la dilatation graduelle de la membrane hymen; car, dans ce cas, nous ne croyons pas qu'il soit possible, sans léser plus ou moins cette membrane, de cautériser la surface interne de l'utérus.

Effets des cautérisations intra-utérines. — Les cautérisations intra-utérines déterminent des effets immédiats et médiats, qu'il est important de bien connaître, et que nous allons passer en revue.

Le premier effet de la cautérisation est une douleur, dont l'intensité varie suivant le degré de sensibilité des parois utérines, et surtout de l'orifice cervico-utérin. Cette douleur est parfois purement locale et ne se fait sentir que dans la matrice; mais le plus souvent elle s'irradie dans les annexes de l'utérus, dans les reins et dans les membres inférieurs, soit d'un seul côté, soit à droite et à gauche. Les souffrances qui suivent la cautérisation intra-utérine ne sont, le plus souvent, que le réveil ou la recrudescence des douleurs habituelles de la métrite; aussi ne se manifestent-elles que dans les points qui sont ordinairement les plus endoloris. Quand la douleur se répand autour de l'utérus et qu'elle est persistante, on doit soupçonner que la métrite n'est pas simple, mais qu'elle est compliquée d'une phlegmasie périutérine. C'est là un fait pratique d'une haute

importance et sur lequel nous insistons, parce qu'il doit servir à éclairer le diagnostic et à guider la thérapeutique.

Chez les femmes impressionnables et douées d'une exquise susceptibilité nerveuse, chez celles qui sont sujettes à ces crises violentes dont nous avons déjà parlé plus d'une fois, la cautérisation peut devenir le point de départ des troubles les plus extraordinaires, et provoquer des mouvements convulsifs simulant des attaques d'hystérie. Chez une personne qui était atteinte d'une toux nerveuse symptomatique, nous avons déterminé une quinte très-violente en portant le caustique dans l'utérus; une autre fois, nous avons arraché des cris perçants à une malade chez laquelle la métrite interne donnait habituellement lieu à ce phénomène. Si la malade est ou a été atteinte d'une paralysie symptomatique d'une endométrite, la cautérisation peut exagérer ou faire reparaître les accidents paralytiques. Nous signalerons encore un fait moins commun, mais fort important à cause des erreurs qu'il peut entraîner, c'est l'anesthésie cutanée avec complication d'algésie musculaire, qui succède quelquefois à la cautérisation intra-utérine.

La douleur et les autres accidents qui accompagnent la cautérisation intra-utérine vont en augmentant si l'opération se prolonge ou si elle est répétée trop souvent. Ces phénomènes sont d'autant plus à craindre que la cautérisation est pratiquée à une époque plus voisine des règles.

C'est au moment où le porte-caustique franchit l'orifice cervico-utérin et pénètre dans la cavité du corps, que les accidents éclatent et que la douleur se montre avec le plus d'acuïté.

Tous ces phénomènes ont une durée variable; tantôt la douleur est subite et cesse instantanément, tantôt elle se dissipe dès que la cautérisation est terminée; d'autres fois elle persiste quelque temps encore après l'opération, mais il est rare qu'elle se prolonge au delà de vingt-quatre heures. La persistance de la douleur réclame le repos, les calmants, et même dans certains cas il peut être utile de recourir à une petite évacuation sanguine, locale ou générale, s'il y a imminence d'une recrudescence inflammatoire.

Si le cathétérisme utérin, les règles, l'expulsion des pertes blanches sont accompagnés de souffrances plus ou moins vives, c'est un indice certain que la douleur succédera à la cautérisation. Il faut alors agir avec prudence; mais nous ne saurions voir dans ce fait une contre-indication formelle à la cautérisation intra-utérine.

Quand les douleurs sont trop intenses, quand elles sont de nature à compromettre les résultats de l'opération, on fera bien de recourir au chloroforme. Nous avons l'habitude de l'administrer à petite dose, de manière à engourdir, à émousser seulement la sensibilité des malades sans les plonger entièrement dans le sommeil anesthésique.

Les accidents que nous venons de signaler ne se montrent pas chez toutes les femmes. Quelques-unes, en effet, subissent sans douleur et sans troubles nerveux la cautérisation intra-utérine; mais la plupart en éprouvent des souffrances plus ou moins vives.

Parfois les cautérisations intra-utérines sont suivies immédiatement d'une perte de sang assez abondante. Cette perte est, en général, plus intense dans la métrite compliquée que dans la métrite simple, et elle peut se prolonger deux, trois, cinq, dix jours et même davantage. Si la malade est sujette à des métrorrhagies, ou s'il existe des granulations intra-utérines, on doit ne pratiquer la cautérisation qu'après un traitement préalable; et, dans ce cas, on se sert de préférence, comme nous l'avons déjà dit, du nitrate acide de mercure.

Lorsque l'hémorrhagie n'a pas été prévenue, on se conforme aux préceptes suivants : Si la perte est faible, on ne s'en inquiète nullement; car alors elle peut être utile et contribuer au soulagement des malades. Si, au contraire, l'hémorrhagie est abondante ou qu'elle se prolonge, on la combat par les moyens ordinaires: injections froides, manuluves irritants, repos absolu au lit, position élevée du siége, ratanhia; et, s'il en est besoin, on pratique une petite saignée révulsive du bras. Nous dirons bientôt, en parlant de la métrorrhagie, quels bons effets produit la saignée chez les malades qui sont en état de la supporter.

Chez les femmes d'une constitution délicate et d'une grande irritabilité nerveuse, la cautérisation intra-utérine peut donner lieu à un mouvement fébrile, ordinairement si fugace et si léger, que nous ne croyons pas devoir nous y arrêter davantage. Toutefois, lorsque la cautérisation intra-utérine est faite prématurément, on s'expose à provoquer tous les signes d'une véritable recrudescence inflammatoire.

Les accidents que nous venons de décrire, et qui succèdent quelquefois immédiatement à la cautérisation, peuvent aussi ne se montrer qu'au delà des vingt-quatre heures qui suivent l'opération.

Ainsi une hémorrhagie peut se produire à la chute de l'eschare, du deuxième au troisième jour; des douleurs assez vives, des crises même éclatent quelquefois au moment où l'utérus se débarrasse des produits de la cautérisation : ici les accidents tiennent aux efforts que la matrice fait pour vaincre la résistance spasmodique de l'orifice cervico-utérin résultant de la cautérisation.

Quant aux recrudescences inflammatoires, nous avons vu que, dans quelques cas exceptionnels, elles ont été déterminées par des cautérisations inopportunes ou appliquées sans une réserve suffisante.

Le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Ainsi le nitrate acide de mercure ne donne presque jamais lieu à des hémorrhagies, mais il peut occasionner une salivation, qui apparaît quelquefois très-vite, et qui cède ordinairement à l'emploi du chlorate de potasse.

Il faut donc surveiller attentivement les malades pendant les jours qui suivent la cautérisation, afin de pouvoir faire face aux accidents dès qu'ils apparaissent et remplir les indications qui s'en déduisent.

ABRASION. — Dans certains cas où la métrite interne s'est montrée réfractaire aux cautérisations intra-utérines, nous avons pratiqué l'abrasion de la surface interne de l'utérus à l'aide de la curette de Récamier, et nous avons obtenu plusieurs guérisons par ce procédé. Il est opportun d'y recourir toutes les fois que la métrite interne est compliquée de granulations intra-utérines, ainsi que nous le dirons dans un des chapitres suivants. Néanmoins cette opération nous a réussi même dans des circonstances où ces granulations n'existaient pas, en imprimant sans doute à la muqueuse utérine une modification favorable. Comme pour le cathétérisme, il importe de s'assurer, au préalable, que l'endométrite n'est point compliquée de phlegmasie péri-utérine. Nous reviendrons sur ce sujet en traitant des granulations intra-utérines.

CAUTÉRISATION TRANSCURRENTE. — Longtemps on est resté désarmé contre les douleurs rebelles dont la métrite chronique est le point de départ et qui survivent souvent à la phlegmasie utérine. Ces douleurs ont fait et font encore le désespoir des malades, dont elles épuisent le courage, et des médecins, dont elles semblent braver la persévérance et l'habileté. Persuadés que ces souffrances n'étaient

plus d'origine inflammatoire, mais qu'elles avaient leur source dans une prédominance, une exaltation morbide de l'élément nerveux; guidés, d'ailleurs, par les heureux effets de la cautérisation transcurrente superficielle dans le traitement des névralgies, nous avons conçu l'idée d'appliquer cette méthode thérapeutique aux douleurs symptomatiques des affections utérines. Une expérience de plusieurs années nous permet d'affirmer que l'événement n'a point trompé nos espérances. La cautérisation transcurrente superficielle fait parfois cesser comme par enchantement des souffrances opiniâtres.

Mais, il importe de le dire dès à présent, il est une condition sans laquelle le succès n'est pas possible : c'est que l'élément inflammatoire ait été suffisamment combattu auparavant par les antiphlogistiques. Si cette condition n'est pas remplie, les douleurs névralgiques persistent avec la même intensité, et si, par hasard, elles diminuent, c'est pour s'accroître de nouveau dans un temps très-court. Cependant nous avons rencontré des malades chez lesquelles ce soulagement passager, produit par l'application intempestive ou prématurée du fer rouge, a été utile en calmant l'excès de la souffrance. Mais, en règle générale, lorsque l'élément inflammatoire n'est pas entièrement éteint, on ne doit considérer la cautérisation que comme un moyen secondaire et palliatif; il faut alors revenir au traitement de l'élément phlegmasique; ensuite l'usage du fer rouge est repris avec un succès définitif.

L'emploi de la cautérisation transcurrente réclame donc l'attention la plus scrupuleuse, et l'on ne doit y avoir recours, en général, que lorsqu'on a bien nettement constaté la nature névralgique des douleurs : c'est là, nous le répétons, l'indication capitale. Nous ne dissimulons pas tout l'embarras, toute l'obscurité qui entoure quelquefois la solution de cette importante question; aussi nous sommes-nous appliqués très-soigneusement à tracer les caractères essentiels de ces douleurs et à les distinguer des douleurs inflammatoires avec lesquelles elles coexistent et se confondent assez souvent.

Nous verrons, par la suite, que ces cautérisations ne sont pas moins efficaces dans les névralgies symptomatiques des phlegmasies périutérines. Elles ont même réussi, dans un cas de grossesse, à faire disparaître des douleurs de même nature, dont les calmants ordinaires n'avaient pu triompher. Nous n'eûmes recours alors à cette

médication que sur les instances de la malade, qui avait éprouvé de très-heureux effets de la cautérisation transcurrente quelque temps avant sa grossesse.

Indépendamment des névralgies, nous avons signalé encore, comme s'associant fréquemment à la métrite chronique interne, des phénomènes nerveux très-variés et remarquables par leur bizarrerie, des modifications très-diverses de la sensibilité et du mouvement, telles que plusieurs de nos observations en offrent des exemples. La cautérisation transcurrente dissipe promptement aussi ces troubles de l'innervation, qui peuvent aller, comme nous l'avons vu dans certains cas, jusqu'à compromettre les fonctions essentielles à la vie. En effet, les douleurs disséminées dans les parois abdominales, dans les muscles intercostaux et probablement dans le diaphragme, sont alors tellement intenses, tellement aiguës, que la respiration en éprouve une gêne considérable, et que les malades semblent menacées d'une asphyxie prochaine. La cautérisation transcurrente fait rapidement disparaître ces douleurs et rétablit le mécanisme régulier de la respiration.

En parcourant quelques-unes de nos observations, on peut se convaincre que le fer rouge n'est pas moins propre à rendre le mouvement aux malades atteintes de paralysies symptomatiques de quelque affection utérine. Nous appelons particulièrement l'attention sur l'observation d'une femme qui avait entièrement perdu l'usage de la jambe gauche, et qui, sous l'influence de la cautérisation transcurrente, a recouvré en quelques secondes le libre exercice de ses mouvements. Les élèves qui assistaient à l'opération ont vu, non sans étonnement, cette malade se lever et faire dans la salle quelques pas. Dans une autre circonstance, la cautérisation transcurrente a fait cesser une paraplégie complète, symptomatique d'une endométrite chronique et qui datait de plus de six semaines.

Le plus souvent, quand la cautérisation transcurrente est appliquée opportunément, elle fait disparaître, sans retour, les accidents nerveux dont nous venons de parler. Quelquefois, cependant, on voit ces phénomènes se reproduire, mais nullement avec leur gravité primitive; c'est habituellement quelque mouvement fluxionnaire vers l'utérus, soit à l'époque des règles, soit sous l'influence d'une cause excitante spéciale, qui provoque le retour des accidents. Pour en triompher, il faut tout naturellement s'occuper d'abord de l'élément congestif et l'écarter à l'aide des moyens appropriés; ensuite

on emploie de nouveau la cautérisation transcurrente. Ces recrudescences, à l'époque des règles, ne se produisent qu'une ou deux fois chez certaines malades; chez d'autres, elles se répètent plusieurs fois de suite; mais un traitement habilement dirigé, consistant dans l'association bien entendue des émissions sanguines et de la cautérisation transcurrente, vient le plus souvent à bout de ces sortes de récidives.

FIG. 12.

Instruments. — Manuel opératoire. — Les instruments dont nous nous servons pour la cautérisation transcurrente superficielle sont d'acier fondu, d'une forme cylindro-conique, longs de 15 centimètres, présentant un diamètre de 5 millimètres à l'une des extrémités et de 8 millimètres à l'autre. Ils sont recourbés sur eux-mêmes, comme le représente la figure 12. Leur bord convexe est mince, mousse ou taillé en arête prismatique; leur bord concave est épais et aplati.

Lorsque les cautères ont été portés au rouge blanc, on les passe rapidement sur les points douloureux, de manière qu'ils effleurent seulement l'épiderme. C'est une précaution que nous recommandons très-expressément, pour atténuer la douleur produite par la brûlure et préserver les malades de cicatrices plus ou moins difformes. Les cautérisations pratiquées avec un fer rougi à blanc, comme nous avons l'habitude de le faire, ne causent qu'une douleur supportable et très-passagère, et ne déterminent sur la peau qu'une traînée rougeâtre qui disparaît au bout d'un temps assez court, sans laisser aucune trace. Cette opération est donc sans inconvénients, même pour les femmes du monde.

Le fer rouge n'agit que localement et modifie seulement les parties qu'il touche.

Tantôt ses effets curatifs sont immédiats; tantôt ils se font attendre quelque temps; ils persistent plus ou moins, suivant que le traitement de la métrite est plus ou moins avancé. La disparition des douleurs est, comme on le conçoit, favorable à la guérison; mais elle ne saurait dispenser jamais d'attaquer directement l'affection utérine.

ARTICLE II.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE PARENCHYMATEUSE.

Nous devons parler séparément du traitement de la métrite parenchymateuse du corps et de celui de la métrite parenchymateuse du col, de même que nous avons aussi exposé isolément les symptômes de ces deux lésions.

§ I. — Traitement de la métrite parenchymateuse ou de l'engorgement du corps utérin.

Bien qu'il soit très-rare, ainsi que nous l'avons dit à plusieurs reprises, d'observer l'engorgement utérin seul, sans complication de métrite interne, nous indiquerons tour à tour les moyens thérapeutiques qui conviennent à cette affection suivant qu'elle est simple ou compliquée.

I. — Lisfranc, qui faisait jouer un rôle si considérable à l'engorgement de la matrice, a nettement formulé le traitement qu'il considérait comme le plus rationnel dans cette maladie. Ce traitement peut se diviser en deux phases : la première, caractérisée par l'emploi des émissions sanguines, des antiphlogistiques; la seconde, par l'administration des remèdes connus sous le nom de fondants ou de résolutifs. C'est une méthode thérapeutique analogue à celle que nous appliquons aux phlegmons périutérins; on la trouvera exposée avec tant de détails, dans un des chapitres suivants, que nous ne croyons pas devoir nous y étendre ici longuement. D'ailleurs nous devons ajouter que le traitement général de la métrite parenchymateuse ne diffère pas non plus de celui de la métrite interne, qui a reçu dans le précédent article tous les développements nécessaires. Les indications relatives aux saignées générales et locales, aux révulsifs, aux bains, au régime, aux soins hygiéniques, sont exactement les mêmes. Nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire d'y revenir.

Mais nous devons dire quelques mots sur certains moyens plus particulièrement préconisés contre l'engorgement de l'utérus, à

savoir : les dérivatifs, les fondants et la médication hydrothérapique.

Pour l'engorgement utérin, plus encore que pour la métrite interne, on a conseillé l'application des vésicatoires, des moxas et des cautères, à l'hypogastre, sur les reins et à la partie supérieure des cuisses; d'autres ont placé des sétons dans la région sus-pubienne. M. Duparcque a beaucoup insisté sur l'application des préparations stibiées autour du bassin.

Nous n'avons jamais eu recours qu'à l'emploi des vésicatoires, et d'après des principes conformes à ceux que nous avons développés aux pages 273 et 274. Si nous avons peu de confiance dans les dérivatifs plus énergiques, c'est que nous avons eu l'occasion d'observer des malades auxquelles d'autres praticiens les avaient appliqués sans aucun avantage.

On a porté des cautères volants sur le museau de tanche. C'est une médication que nous avons employée nous-mêmes, à diverses reprises, avec succès. Nous y reviendrons dans le paragraphe suivant.

Les fondants ont été administrés à l'intérieur et à l'extérieur. Lisfranc insistait beaucoup sur l'emploi de ces remèdes après le traitement antiphlogistique. Il a vanté surtout l'iodure de potassium, qu'il donnait à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour, jusqu'à la résolution complète de l'hypertrophie. Il soumettait aussi ses malades à l'usage de la tisane de saponaire et des préparations de ciguë. Le même auteur rapporte un grand nombre de guérisons obtenues par cette médication. Mais cet éminent praticien a dû, sans s'en douter, guérir ainsi plus d'un phlegmon périutérin, croyant avoir affaire à des engorgements de la matrice.

D'autres médecins ont fait usage des préparations mercurielles, et, en particulier, des pilules bleues, dont ils assurent avoir retiré de bons effets. Nous n'avons jamais expérimenté ce moyen, mais nous le croyons digne du discrédit où il est tombé.

Les résolutifs ont été beaucoup employés aussi comme topiques. C'est ainsi que les mercuriaux, l'iode et la ciguë ont été appliqués sur les différentes régions du bassin, et principalement à l'hypogastre, sous la forme de pommades ou d'emplâtres.

L'hydrothérapie, qui paraît avoir rendu de si grands services à M. Fleury dans les engorgements du col utérin, ainsi que nous le dirons bientôt, pourrait exercer également sur la métrite parenchymateuse du corps une heureuse influence; car nous ne doutons pas

que cette médication habilement dirigée ne constitue un modificateur très-efficace pour prévenir ou combattre la congestion utérine. Néanmoins nous ne sommes pas d'avis qu'on ait recours de prime abord aux procédés hydrothérapiques; nous conseillons de ne les mettre en usage, comme pour la métrite interne, que dans la seconde phase du traitement, c'est-à-dire après un emploi suffisant des révulsifs ou des antiphlogistiques.

Tel est l'ensemble des moyens thérapeutiques que l'on a proposés contre la métrite parenchymateuse du corps, dans son état de simplicité.

II. — Quelle sera la conduite du praticien dans les cas, plus nombreux, où l'engorgement du tissu propre de l'utérus coexiste avec une métrite interne?

Au début, le traitement de ces affections étant absolument identique, la solution de cette question ne saurait présenter aucun embarras. Mais doit-on entreprendre le traitement local de la métrite interne du corps, quand il reste encore un certain degré d'engorgement du tissu propre? Nous répéterons ici ce que nous avons dit précédemment, à savoir, qu'il est dangereux, et par conséquent tout à fait contre-indiqué d'instituer le traitement direct de la métrite interne tant que persiste quelque trace de réaction locale. Il faut donc insister sur les moyens généraux et indirects, aussi longtemps que l'utérus engorgé reste doué d'une sensibilité exagérée et que son tissu est le siége d'une trop grande susceptibilité morbide. Mais dès que l'engorgement est devenu indolent et ne donne plus aucun signe de réaction, on peut sans inconvénient, on doit même commencer le traitement local de la métrite interne. Telle est la règle que nous avons constamment suivie depuis que nous avons fait une étude plus approfondie et que nous possédons une connaissance plus complète des phlegmasies utérines.

§ II. — Traitement de la métrite parenchymateuse ou de l'engorgement du col de l'utérus.

On sait que l'engorgement inflammatoire du col utérin est rarement simple ; il s'accompagne, presque toujours, soit d'une phlegmasie de la muqueuse utérine, soit d'une métrite externe. Nous

exposerons ici la thérapeutique de l'engorgement simple; quant à celle de l'engorgement compliqué, nous n'en ferons pas une mention spéciale, puisque ce sera la même que pour l'engorgement simple, combinée, suivant le genre de complication, avec le traitement de la métrite interne ou celui de la métrite externe.

La phlegmasie parenchymateuse, limitée au col utérin, réclame rarement, très-rarement, la saignée du bras. Dans les cas les plus ordinaires, c'est-à-dire dans ceux où l'engorgement est dur, à peu près indolent et ne provoque autour de lui aucun travail de réaction, on doit s'abstenir des émissions sanguines générales. On ne sera autorisé à pratiquer une petite saignée, de 60 à 70 grammes, que dans les cas exceptionnels où l'engorgement du col s'accompagne des signes d'une réaction manifeste, caractérisée par un excès de sensibilité des parties, une rénitence prononcée du museau de tanche, une augmentation non équivoque de la température et de la vascularisation, avec des battements artériels au voisinage du col de la matrice. Ce n'est que dans ces circonstances rares, où la phlegmasie revêt une forme subaiguë, que nous pratiquons et que nous conseillons de pratiquer une très-faible saignée dérivative.

Dans tous les autres cas, qui constituent la très-grande majorité, nous avons recours aux moyens directs ou locaux, que nous allons faire connaître.

Les injections vaginales tièdes, émollientes ou narcotiques, conviennent à l'engorgement du col utérin, surtout quand le tissu enflammé est douloureux ou sensible à la pression. Dans les mêmes circonstances, on emploie encore avec avantage les cataplasmes intra-vaginaux, les sachets émollients ou calmants préconisés par Récamier, etc.

Les injections, ou mieux encore les douches froides, sont très-utiles lorsque l'engorgement du col est dur, indolent, stationnaire, et que la vitalité des tissus, frappés d'une sorte d'atonie, a besoin d'être réveillée par un stimulant énergique.

Ces douches doivent être administrées d'après les principes et avec les précautions que nous avons indiqués dans l'article premier de ce chapitre (p. 285 et suiv.).

Nous avons assez longuement parlé, dans ce même article, de l'application des sangsues sur le col utérin, contre la métrite interne, et nous avons, dans ce cas, condamné ce genre d'émission sanguine; mais il peut avoir une utilité réelle dans la métrite parenchyma-

teuse du col. Nous y avons recours lorsque les tissus sont assez fortement hypérémiés sans être le siége d'un excès de sensibilité. Ce dernier symptôme est pour nous une contre-indication formelle à l'application des sangsues sur le col de la matrice.

On n'appliquera jamais plus de huit à dix sangsues; six suffiront dans la grande majorité des cas.

Si ce moyen a produit d'abord une amélioration notable, et si l'état des parties malades en indique encore nettement l'emploi, on pourra y recourir une seconde et même une troisième fois; mais il est prudent de l'abandonner s'il détermine, comme il arrive quelquefois, l'apparition de douleurs locales vives et même l'explosion de véritables crises névralgiques. Au surplus, nous rappellerons qu'un des principaux moyens de prévenir ces accidents consiste, ainsi que nous l'avons dit, à tamponner l'orifice utéro-vaginal avec un peu de charpie ou de coton, afin d'empêcher les sangsues de prendre au pourtour de cette ouverture.

Aran préconise l'application des vésicatoires volants sur le museau de tanche. C'est là une pratique hardie, dont l'auteur assure avoir retiré des résultats avantageux, mais à laquelle nous n'avons jamais osé recourir. Dans les cas où l'emploi d'un agent dérivatif ou d'un modificateur des tissus est nettement indiqué, nous pensons qu'il vaut mieux donner la préférence à la cautérisation avec la potasse caustique ou avec le fer rouge, dont la puissance et l'efficacité sont garanties par de nombreux succès, et universellement reconnues aujourd'hui.

Nous devons signaler ici deux topiques auxquels M. Scanzoni attribue une prompte efficacité.

Le premier consiste dans l'emploi d'une dissolution de 4 grammes d'iodure de potassium dans 30 grammes de glycérine. «On en imbibe une éponge qu'on introduit le soir dans le vagin pour l'y laisser la nuit et l'enlever le lendemain matin. »

Le second procédé consiste à appliquer sur les lèvres du museau de tanche une éponge enduite d'une pommade composée de 30 centigrammes d'iodure de mercure et de 30 grammes d'axonge. « On laisse la malade couchée pendant six à huit heures; puis on retire l'éponge et l'on nettoie le vagin en y faisant une injection d'eau tiède.» On recommence cette application, s'il y a lieu, à douze ou quatorze jours d'intervalle.

M. Scanzoni interdit ces deux modes de traitement chez les

personnes dont les parties génitales sont douées d'une grande sensibilité.

CAUTÉRISATION. — a. *Avec la potasse caustique.* — M. Gendrin est le premier qui ait eu l'idée de combattre les engorgements du col utérin au moyen d'un caustique puissant, dont l'effet fût assez vif et assez profond pour modifier rapidement tous les tissus altérés, et pour n'exiger, par conséquent, qu'un petit nombre d'applications. Il eut recours à la potasse caustique de Vienne, qui fut employée aussi par Dupuytren. Mais le caustique, sous cette forme, est d'une application difficile qui réclame les précautions les plus minutieuses; aussi ne fut-il adopté que par un petit nombre de praticiens, jusqu'au moment où M. le docteur Filhos, imaginant de solidifier la potasse caustique sous forme de crayon, en vulgarisa l'emploi contre les affections utérines.

Dans un mémoire intéressant, publié en 1842 dans la *Revue médicale*, M. Filhos a rapporté un grand nombre de succès obtenus par lui ou par Amussat à l'aide de ce caustique, convenablement appliqué. Il nous a rendu, et il nous rend encore journellement de trop grands services pour que nous n'insistions point sur son usage.

Pour se servir du caustique de Filhos, la malade est placée sur un lit, et un spéculum plein ou à plusieurs valves est introduit à la manière ordinaire. Si l'on se sert d'un spéculum bivalve, il faut donner à l'instrument, après son introduction, une position telle que l'une des valves corresponde à la paroi antérieure, et l'autre à la paroi postérieure du vagin. Après avoir essuyé soigneusement le museau de tanche, on porte dans l'orifice utéro-vaginal de la matrice un tampon de linge ou de coton, destiné à le garantir du contact du caustique; il est utile aussi d'insinuer un bourdonnet de charpie entre la lèvre inférieure du col et du spéculum, afin de préserver la paroi vaginale sous-jacente. Cependant, avec un peu d'habitude, on peut, dans les cas ordinaires, se dispenser de l'emploi de ce dernier moyen, qui prolonge l'opération. On applique ensuite sur les lèvres du museau de tanche l'extrémité du caustique, préalablement taillée et dépouillée de sa lingotière, soit à l'aide de la pince utérine, soit en le fixant à l'extrémité du tube de verre qui le renferme. La durée de son application doit être d'une minute à une minute et demie.

On cautérise celle des deux lèvres où prédomine l'engorgement. Si la lésion est également prononcée sur les deux, on peut cauté-

riser une lèvre d'abord et réserver pour un autre jour la cautérisation de la seconde; mais si l'on cautérise les deux lèvres dans la même séance, nous recommandons de commencer par la lèvre antérieure; car, en cautérisant d'abord la lèvre postérieure, on est bien plus exposé à voir le caustique fuser entre le spéculum et le museau de tanche jusqu'aux parois vaginales.

Comme nous l'avons dit plus haut, M. Richet, au lieu de porter le caustique de Filhos simplement sur le museau de tanche, l'introduit dans l'orifice utéro-vaginal, où il le laisse pendant deux minutes. Nous avons exposé quels étaient les avantages et les dangers de ce procédé, auquel nous avons eu recours nous-mêmes, avec succès, dans quelques circonstances. Mais nous ne prolongeons pas l'application du caustique au delà d'une minute.

La cautérisation terminée, on s'empresse d'essuyer l'eschare avec des boulettes de charpie; on lave à grande eau le col utérin; puis on enlève le tampon et le bourdonnet de charpie destinés à garantir l'orifice utéro-vaginal et les parois du vagin; enfin on retire le spéculum, que quelques praticiens remplacent par un petit morceau de bande roulée ou un tampon, afin de s'opposer au rapprochement des parois vaginales et à leur contact avec le col utérin cautérisé.

On a conseillé de pratiquer les injections qui suivent la cautérisation, non point avec de l'eau simple, mais avec de l'eau légèrement vinaigrée, afin de neutraliser le peu de caustique qui pourrait demeurer adhérent à l'eschare. Nous avons l'habitude, après avoir fait des lavages à grande eau, d'introduire dans le spéculum une certaine quantité de poudre d'amidon, que nous portons jusque sur le museau de tanche, afin de bien en déterger la surface. Cette pratique très-simple met les malades à l'abri de tout accident, et nous dispense de placer dans le vagin le morceau de bande recommandé par Amussat et par M. Filhos.

Le cylindre caustique destiné à l'opération ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. S'il avait déjà servi, et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère croûte de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un grattoir. Après la cautérisation, on doit essuyer avec soin le cylindre, avant de le replacer dans le tube de verre.

Cette cautérisation se fait parfois sans que les malades accusent la moindre sensation pénible; d'autres éprouvent des douleurs légères, des coliques de courte durée; quelques-unes, enfin, ressentent des

douleurs plus intenses, qui persistent durant plusieurs heures. Presque toujours l'opération est suivie d'un écoulement de sang peu abondant, qui se montre encore pendant les deux ou trois jours suivants.

L'eschare produite par le caustique de Filhos est noirâtre, molle, diffuse, irrégulière et plus ou moins épaisse; elle donne lieu, par le vagin, à l'écoulement d'une matière sanieuse et fétide, mêlée des détritus du tissu mortifié. Les malades sont très-étonnées de ce fait; il est utile de les en prévenir. Il se passe là une série de phénomènes analogues à ceux qu'on observe sur la peau, à la suite de l'application d'un cautère; mais sur le museau de tanche la marche de ces phénomènes est plus rapide, ce qu'il faut attribuer, sans doute, à la différence de structure des surfaces d'application.

A la suite de la cautérisation par la potasse caustique, les malades doivent garder le lit, au moins pendant huit ou dix jours, afin de prévenir les accidents qui peuvent être la conséquence d'une cautérisation profonde, et particulièrement la métrorrhagie ou une recrudescence inflammatoire, comme cela a été observé, d'après M. Dubreuil, sur plusieurs des malades de M. Richet. Nous prescrivons aussi de fréquentes injections vaginales, tièdes et détersives, soit avec de l'eau simple, soit avec un liquide émollient ou légèrement chloruré.

L'eschare est chassée par une inflammation éliminatrice; elle tombe d'autant plus vite qu'elle est plus superficielle; en général, c'est du huitième au neuvième jour. Elle laisse à sa place une surface d'un rouge vif, granuleuse, couverte de bourgeons charnus, baignée de pus, saignant aisément au moindre contact, comme les plaies récentes. Peu à peu les bourgeons charnus s'affaissent, la suppuration devient moins abondante, la sécrétion se montre de plus en plus plastique, puis séreuse; on observe, en un mot, la marche ordinaire des plaies qui se réunissent par seconde intention. La cicatrisation est généralement complète au bout de cinq ou six semaines.

Nous dirons bientôt quels sont les résultats éloignés de la cautérisation par la potasse sur le col utérin engorgé.

b. *Avec le fer rouge.* — Vaguement indiquée par Celse dans l'antiquité, et par Percy dans les temps modernes, proposée par Larrey pour une ulcération cancéreuse du col de la matrice, chez une malade dont l'observation est rapportée dans l'ouvrage de Dugès et Boivin, la cautérisation du col utérin par le fer rouge a été mise

en honneur surtout par Jobert (de Lamballe), qui, dès l'année 1830, s'est occupé de rechercher les bons effets de cette méthode de traitement dans les ulcérations et dans les engorgements du col de la matrice.

On pratique cette opération avec plusieurs espèces de cautères métalliques, de forme et de grosseur très-variables. Le plus ordinairement employé est le cautère en roseau, qui se termine par une surface plane, facilement applicable sur le museau de tanche. Le cautère conique ou en olive sert à cautériser le pourtour de l'orifice utéro-vaginal, dans lequel on peut aisément le faire pénétrer. Les fers doivent être chauffés au blanc.

On se sert d'un spéculum plein, assez gros, de buis ou d'ivoire, dont les parois sont de mauvais conducteurs du calorique. Il faut avoir bien soin de saisir isolément le col de l'utérus, sans comprendre dans le spéculum aucun pli de la muqueuse vaginale. Le museau de tanche étant bien nettoyé, on dirige le cautère sur cette partie et on l'applique sur les différents points de la surface malade, pendant un temps qui varie entre quelques secondes et une demi-minute, suivant l'effet que l'on veut obtenir et l'épaisseur que l'on désire atteindre. Immédiatement après la cautérisation, on fait des lavages à grande eau dans le spéculum.

Le contact du fer rouge avec le museau de tanche produit un bruit de crépitation bien connu, une fumée assez épaisse et une odeur de roussi ou de corne brûlée.

Cette cautérisation ne provoque presque jamais de douleur; quelques malades accusent seulement, dans la région utéro-vaginale, une sensation de chaleur pénible, due sans doute au rayonnement du calorique à travers les parois du spéculum jusqu'à la muqueuse du vagin.

Pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, les malades n'éprouvent qu'une augmentation dans la quantité de l'écoulement. La matière qui le constitue, conserve quelquefois toutes les qualités qu'elle présentait auparavant. Mais tantôt elle offre plus de consistance, une couleur verdâtre plus intense; tantôt elle est plus liquide; d'autres fois il s'y mêle une certaine quantité de sang.

La cautérisation au fer rouge produit une eschare sèche, bien limitée, plus ou moins étendue en largeur et en épaisseur, suivant que la cautérisation n'a intéressé que les parties superficielles ou bien qu'elle a détruit les tissus jusqu'à une certaine profondeur.

Cette eschare tombe ordinairement du quatrième au septième jour.

M. Laurès, qui a écrit sur ce sujet une thèse intéressante, déclare que jamais la cautérisation du col utérin avec le fer rouge n'a été suivie d'aucun accident fâcheux, d'aucun trouble fonctionnel, soit local, soit général.

Becquerel a proposé de remplacer le cautère potentiel par la *galvanocaustique*. La cautérisation électrique aurait sur le fer rouge l'avantage de ne pas effrayer les malades, de ne pas se refroidir, de déterminer une action plus régulière et plus continue, de ne pas produire de fumée ni de mauvaise odeur.

Ce procédé, dont la puissance est égale à celle du fer rouge, devrait lui être préféré s'il existait un appareil simple et commode pour l'employer.

Avantages et dangers des cautérisations profondes du col utérin. — Le caustique de Filhos et le fer rouge sont, à coup sûr, les moyens les plus actifs et les plus énergiques auxquels on puisse recourir contre les engorgements du col utérin. Chacun de ces deux modes de cautérisation a trouvé ses partisans et ses détracteurs; de sorte que l'un a été vanté quelquefois outre mesure au préjudice de l'autre. Quant à nous, qui avons expérimenté la potasse caustique de Filhos et le fer rouge, sans aucune idée préconçue, sans aucun esprit de parti, nous déclarons que ces deux procédés nous ont rendu d'éminents services; et, comme nous sommes persuadés que leur efficacité est surbordonnée à l'opportunité de leur emploi, nous allons dire sommairement quels sont les avantages et les inconvénients de chacun de ces moyens; puis nous essayerons de poser en quelques mots leurs indications.

Les avantages communs au fer rouge et au caustique de Filhos sont de produire dans les tissus une modification profonde, de déterminer une perte de substance qui contribue à diminuer le volume des parties hypertrophiées, de provoquer une réaction locale favorable à la résorption des produits inflammatoires, et de donner lieu finalement à une abondante suppuration qui dégorge les tissus, à la manière d'un fonticule, et qui est suivie d'un travail de réparation que nous avons décrit plus haut, et de la rétraction ordinaire au tissu cicatriciel.

Les dangers ou les accidents observés ou signalés à la suite des

cautérisations énergiques du col utérin, soit avec le fer rouge, soit avec le crayon caustique de Filhos, sont : l'hémorrhagie secondaire, la péritonite, les phlegmasies et les abcès périutérins, les rétrécissements du museau de tanche et du conduit utérin.

Nous entendons par hémorrhagie secondaire, celle qui peut suivre la chute de l'eschare. C'est un accident très-rare, qu'on n'observe guère que chez certaines femmes prédisposées aux hémorrhagies, qui d'ailleurs ne prend jamais de proportions alarmantes, et qu'on parvient à conjurer par l'application des moyens hémostatiques ordinaires.

La péritonite a été signalée par quelques auteurs ; mais nous ne l'avons vue survenir chez aucune de nos malades.

Quant aux phlegmasies et aux abcès périutérins, nous ne doutons pas qu'ils n'aient été observés, mais nous pensons que, dans les cas de ce genre, ils ne se sont pas développés sous l'influence de l'opération pratiquée sur le col utérin. Les engorgements périutérins sont si communs et si souvent méconnus, ils compliquent si fréquemment la métrite chronique, que nous croyons pouvoir affirmer que, dans la très-grande majorité des cas, la phlegmasie périutérine préexistait à la cautérisation du col utérin, et que cette opération n'a fait que provoquer une recrudescence inflammatoire et tous les phénomènes de l'état aigu dans une phlegmasie chronique restée inaperçue.

Aussi croyons-nous devoir donner le précepte bien formel d'explorer attentivement la région périutérine, avant de porter sur le col de la matrice le fer rouge ou la potasse caustique. Toutes les fois que cette région est parfaitement saine, on peut cautériser sans crainte ; mais on exposerait les malades à de graves dangers, si l'on opérait lorsqu'il existe une phlegmasie périutérine chronique. Dans ce cas, il importe d'instituer d'abord le traitement de cette dernière lésion, et de n'attaquer directement celle du col de la matrice qu'après que toute trace de phlegmasie périutérine a disparu.

L'observation rigoureuse de ce précepte suffit pour mettre les malades à l'abri d'un des accidents les plus graves des cautérisations énergiques et profondes du col de la matrice, et pour conjurer un des dangers qui faisaient le plus redouter cette salutaire et puissante médication.

Les rétrécissements du conduit utérin ne sont pas rares à la suite

de ces cautérisations, surtout si le caustique est porté trop près de l'orifice du museau de tanche. Nous avons exposé plus haut (page 296) un moyen très-simple et toujours efficace pour prévenir cet accident.

Les partisans du fer rouge reprochent au caustique de Vienne d'être d'une application difficile, de pouvoir, en se liquéfiant, se répandre sur les parois du vagin, et de déterminer de larges pertes de substance, qui ne se comblent que par des brides ou des cloisons obturatrices. « Il est à peu près impossible, ajoutent-ils, de calculer rigoureusement jusqu'à quelle profondeur il désorganise les tissus du col, et, au lieu d'exciter dans les parties voisines une réaction favorable, il semblerait plutôt, suivant le professeur Rust (de Berlin), affaiblir les forces vitales par une action stupéfiante. Les eschares qu'il détermine ne se détachent quelquefois qu'au bout d'un temps assez long, et la plaie qui leur succède devient souvent un ulcère de mauvaise nature, dont la guérison ne s'effectue que difficilement. » (Laurès, thèse déjà citée, Paris, 1844.)

Ceux qui donnent la préférence à la potasse caustique de Vienne nient la plupart des inconvénients attribués à ce mode de cautérisation par ses adversaires. D'après eux, elle exposerait à moins de dangers que le fer rouge; elle modifierait d'une manière plus profonde et plus avantageuse les tissus altérés; et la suppuration, plus abondante et plus longue qu'elle détermine, serait plus efficace à la résolution de l'engorgement. Enfin, elle ne réclame point, pour son application, le développement d'un appareil qui effraye les malades et qui en fait reculer plus d'une devant l'opération.

On voit, par ce court exposé, que de part et d'autre on a donné d'excellentes raisons pour et contre.

Comme nous l'avons déjà dit, nous sommes d'avis que chacun de ces modes de cautérisation est utile dans les cas spéciaux qui en réclament l'emploi. Voici les principales indications sur lesquelles nous basons notre choix :

Nous employons la potasse caustique dans les engorgements chroniques peu considérables, qui résistent au nitrate acide de mercure, et lorsque les tissus altérés n'ont pas entièrement perdu leur tonicité.

Nous préférons le fer rouge, dans les cas où le col utérin est dur, fortement engorgé, lorsqu'il paraît être dépourvu de sa vitalité physiologique, et qu'il nous semble nécessaire de réveiller cette im-

portante propriété par une stimulation énergique et soudaine.

Hydrothérapie. — M. Fleury applique les douches froides, locales ou générales, au traitement de la métrite parenchymateuse du col.

« Les douches froides, dit-il, permettent d'obtenir la résolution complète d'engorgements soit hypertrophiques, soit indurés, de l'utérus, alors même que les engorgements sont anciens, considérables et qu'ils ont résisté aux différentes médications usuelles, et notamment à l'application du fer rouge. » Il rapporte, dans son *Traité d'hydrothérapie*, des observations détaillées d'engorgements volumineux du col de la matrice, guéris par l'emploi simultané des douches générales révulsives et des douches ascendantes vaginales. Nous nous sommes expliqués, dans un article précédent, sur l'influence efficace et le mode d'action de l'hydrothérapie, nous n'y reviendrons pas en ce moment. C'est une médication à laquelle nous n'avons jamais eu recours d'emblée; nous ne l'employons habituellement que vers la fin du traitement, dans le but d'achever la guérison de l'engorgement, de provoquer son entière résolution, et en même temps de relever les forces des malades, de refaire leur constitution plus ou moins affaiblie par les longueurs de la maladie ou par un état chloro-anémique concomitant. Nous n'avons jamais eu qu'à nous louer, dans ces circonstances, de l'emploi de la médication hydrothérapique.

Excision. — Osiander, Dupuytren, Lisfranc et d'autres chirurgiens ont proposé et pratiqué l'excision d'une partie du col utérin dans les cas où l'engorgement était considérable. Cette opération a été remplacée par les cautérisations à la potasse caustique et au fer rouge; elle était presque tombée dans l'oubli, lorsque M. Huguier, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, est venu essayer de la remettre en honneur. Nous reviendrons sur cette question à propos de l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, qui a fait l'objet principal du travail de notre savant confrère. Nous nous contenterons de dire ici que l'excision n'est pas une opération sans danger, et que les accidents graves qui ont suivi les premières tentatives, entre les mains de très-habiles chirurgiens, l'ont fait promptement abandonner. Aussi pensons-nous qu'il ne faut recourir à ce moyen que comme à une ressource extrême et dans

les cas, assez rares, où l'hypertrophie est excessive, et porte surtout sur la longueur du col, où elle détermine des troubles fonctionnels sérieux, dans les cas enfin où elle est poussée au point de ne pouvoir être efficacement attaquée par la potasse caustique ou le fer rouge. Alors on peut tenter l'opération, soit à l'aide de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, soit par le procédé de ligature de M. Maisonneuve. Ces deux moyens nous semblent préférables à l'emploi du bistouri; ils n'exposent pas, comme l'instrument tranchant, à des accidents sérieux, et particulièrement à des hémorrhagies, souvent abondantes et rebelles.

ARTICLE III.

TRAITEMENT DE LA MÉTRITE CHRONIQUE EXTERNE.

On nous a fait dire qu'il était utile de saigner dans la métrite externe. Jamais nous n'avons formulé une semblable doctrine, et jamais nous ne l'avons mise en pratique. Les règles formelles, les indications précises que nous avons posées dans l'article premier de ce chapitre, relativement à l'emploi des émissions sanguines générales, nous mettront peut-être désormais à l'abri de pareilles imputations. Cependant, afin que personne n'en ignore, nous voulons répéter ici que nous ne préconisons la saignée du bras et que nous ne l'employons que dans certains cas bien déterminés de métrite du corps, surtout si elle est compliquée de phlegmasie périutérine; encore nous en abstenons-nous même alors, pour peu que l'état général des malades s'y oppose. Nous ne saignons jamais dans la métrite interne du col, qu'elle soit simple ou compliquée d'engorgement. A plus forte raison ne saignons-nous pas dans la métrite externe. Si nous avons recours aux émissions sanguines générales, chez les malades atteintes de ces lésions, c'est qu'elles sont affectées en même temps, ou de métrite interne du corps, ou de phlegmasie périutérine; et dans les cas de ce genre, ce n'est pas la métrite du col que nous attaquons par la saignée, c'est la métrite du corps ou la phlegmasie périutérine.

Cela dit, exposons le traitement de la métrite externe du col, celui de la phlegmasie du conduit utérin ayant trouvé sa place dans l'article consacré au traitement de la métrite chronique interne.

Le traitement de la métrite chronique externe varie suivant que la phlegmasie est simple ou compliquée, et, dans ce dernier cas, il varie encore selon la nature de la complication, ainsi que nous le dirons dans la suite.

I. — La métrite externe, même dans l'état simple, se manifeste par des lésions nombreuses et variées, qui ne réclament pas toutes les mêmes moyens thérapeutiques. Nous aurons donc à étudier une médication que nous pourrions nommer *commune*, et qui est applicable à tous les genres d'altération du museau de tanche, et une médication *spéciale*, composée des différents moyens appropriés exclusivement à une forme particulière de lésion.

Les moyens qui peuvent convenir à tous les cas, sont : les injections, les douches et les irrigations vaginales, les sachets, ou les cataplasmes intra-vaginaux, les bains entiers et les bains de siége, les embrocations, les fomentations émollientes, calmantes ou résolutives sur le bas-ventre, les lavements, les minoratifs légers, l'observation d'un régime convenable et d'une hygiène bien réglée. Nous nous contenterons de cette énumération ; car le mode d'emploi de ces moyens, les précautions à prendre dans leur administration, ont été longuement développés à propos du traitement de la métrite chronique interne.

Nous ajouterons seulement que, tandis que dans la métrite interne ces moyens n'exercent qu'une action indirecte sur les parties affectées, et par conséquent une influence assez légère sur la lésion, ils agissent directement sur les tissus malades dans la métrite externe ; d'où il résulte qu'ils acquièrent, dans cette maladie, une importance qu'ils n'avaient point dans la première. C'est pourquoi, si nous les avons médiocrement préconisés à propos de la phlegmasie du corps utérin, nous les recommandons, au contraire, expressément dans le traitement de la métrite externe. D'ailleurs, c'est surtout en vue des altérations du museau de tanche et du col utérin que ces diverses médications ont été primitivement proposées. Nous ne reviendrons pas sur l'importance que Récamier attachait à ces topiques, et particulièrement aux sachets, ordinairement composés d'une substance adoucissante, narcotique ou astringente. On sait aussi que Mélier a écrit sur ce sujet un intéressant mémoire, dont il a été déjà question dans l'historique général de la pathologie utérine. Nous avons eu souvent recours avec avantage à l'emploi des sachets médicamenteux. Nous croyons que ces topiques agissent, non-seule-

ment en communiquant aux tissus malades une chaleur humide et douce, mais encore en soutenant l'utérus à la manière d'un coussinet.

Les bourdonnets de charpie enduits d'une pommade calmante ou les pâtes laudanisées selon la recette de Aran, conviennent très-bien dans les cas où la métrite externe s'accompagne de douleurs.

M. Marion Sims vante les résultats favorables obtenus par les pansements à l'aide de tampons d'ouate imbibée de glycérine.

Le même auteur a employé aussi avec avantage les injections d'acide chlorhydrique dilué. « Toutes les fois, dit-il, qu'il n'y a pas d'irritation du vagin ou de déchirure de l'épithélium, on peut s'en servir utilement, selon la formule suivante :

℞. Acide chlorhydrique dilué.....	30	grammes.
Eau distillée.....	220	—

Une cuillerée à bouche dans 500 grammes d'eau tiède, à injecter dans le vagin, soir et matin.

CAUTÉRISATION. — Les moyens directs et spéciaux que réclament les différentes lésions caractéristiques de la phlegmasie du museau de tanche ont rapport aux divers modes de cautérisation, qui se pratiquent, suivant les cas, avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la teinture d'iode, l'acide chromique, la potasse caustique et le fer rouge.

1° *Cautérisation avec le nitrate d'argent.* — Ici, comme pour la cautérisation intra-utérine, on se sert tantôt de la solution argentique, tantôt du caustique solide.

On emploie la solution de nitrate d'argent à un degré de concentration variable, suivant la nature de la lésion et le degré de cautérisation qu'on veut produire.

Dans les rougeurs simples du museau de tanche, on se sert de la solution la plus faible (nitrate d'argent, 1 part.; eau, 4 part.).

Les granulations simples, les érosions, les ulcérations très-superficielles réclament l'emploi de la solution concentrée ou du caustique solide.

Pour pratiquer ces cautérisations, on met à découvert, à l'aide du spéculum plein ou bivalve, le col de la matrice, que l'on essuie soi-

gneusement avec une boule de coton ou de charpie. Puis on touche les parties malades, ou avec un pinceau de charpie imbibé de la solution caustique, ou avec le crayon de nitrate d'argent fondu.

La surface ainsi touchée blanchit aussitôt et avec d'autant plus d'intensité, que la lésion est plus profonde.

La teinte blanche consécutive à la cautérisation diminue au fur et à mesure que la lésion tend vers la guérison, et elle ne se produit plus quand toute trace de phlegmasie a disparu.

Ce genre de cautérisation a lieu généralement sans douleur, ou ne produit qu'une impression très-légère, à moins que le caustique ne se répande autour du col sur les parois du vagin.

Au début, il convient de répéter les cautérisations avec le nitrate d'argent tous les sept ou huit jours, quelquefois même tous les cinq ou six jours. On éloignera les cautérisations à mesure que la phlegmasie marchera vers la résolution.

2° *Cautérisation avec le nitrate acide de mercure.* — Quand on a affaire à des granulations simples, à des ulcérations profondes et fongueuses, le nitrate acide de mercure doit être préféré au nitrate d'argent. On l'emploie toujours en solution, selon la formule du Codex.

On se sert d'un pinceau plus petit que pour la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Après avoir touché les surfaces malades et avant de retirer le spéculum, on dirige jusque sur le museau de tanche un courant d'eau froide ou tiède, au moyen d'un verre, d'une seringue ou d'un irrigateur, de matière à enlever l'excédant du caustique, qui pourrait se répandre sur la muqueuse vaginale et y produire des ulcérations très-douloureuses. Aussitôt ce lavage opéré, nous avons l'habitude d'insuffler sur le col de la matrice de la poudre d'amidon, dans le but d'absorber les dernières traces de la solution caustique.

Le nitrate acide de mercure produit aussi sur les tissus une tache blanchâtre due à la précipitation de l'albumine. Cette tache simule une eschare superficielle, qui tombe vers le deuxième ou le troisième jour.

Ce genre de cautérisation détermine chez quelques malades une douleur légère, mais de peu de durée. Tandis que nous avons observé deux ou trois exemples de salivation mercurielle après la cautérisation intra-utérine par le nitrate acide de mercure, nous

n'avons jamais vu un pareil accident à la suite de la cautérisation du museau de tanche.

La cautérisation avec le nitrate acide de mercure doit être répétée généralement tous les huit ou dix jours, jamais plus souvent, et à des intervalles de plus en plus éloignés à mesure qu'on approche de la guérison. Dans des cas plus rares, il suffit d'y recourir tous les douze ou quinze jours.

Le nitrate acide de mercure réussit très-bien, d'ordinaire, dans les ulcérations fongueuses simples; il arrête la disposition à l'hémorrhagie, modifie puissamment la surface malade et amène une assez prompte guérison.

3° *Cautérisation avec la teinture d'iode.* — La solution alcoolique d'iode appliquée en manière de badigeonnage sur les lèvres du museau de tanche peut modifier très-avantageusement les lésions caractéristiques de la métrite chronique. M. le docteur Gallard a publié sur ce sujet d'intéressantes observations.

4° *Cautérisation avec l'acide chromique.* — Cet agent est employé avec succès par M. Sims, notamment contre les granulations et les ulcérations granuleuses. La solution se prépare avec parties égales d'eau et d'acide. On renouvelle la cautérisation tous les dix ou douze jours. Elle ne détermine aucune douleur.

5° M. Mayer (de Berlin) et M. Scanzoni se servent, spécialement contre la métrite granuleuse, d'une solution d'acide pyroligneux rectifié, dans 3 ou 4 parties d'eau.

6° *Cautérisation avec le caustique de Filhos.* — Elle convient surtout pour les lésions réfractaires à l'acide chromique et au nitrate acide de mercure, et particulièrement pour les granulations folliculeuses et les ulcérations fongueuses, compliquées d'engorgement du col utérin.

7° *Cautérisation avec le fer rouge.* — On doit y recourir dans les mêmes circonstances qui réclament l'emploi de la potasse caustique, surtout si l'engorgement qui accompagne les granulations ou les ulcérations présente une forme indolente et passive.

On se conformera, pour l'application de ces deux derniers caustiques, aux règles que nous avons posées précédemment.

Quelques auteurs, entre autres M. Scanzoni, recommandent, dans la métrite folliculeuse rebelle, de « fendre hardiment les follicules volumineux remplis d'une sécrétion épaisse, et de faire ensuite une cautérisation énergique avec le nitrate d'argent en substance. »

Hydrothérapie. — Nous avons déjà dit quelle supériorité M. Fleury attribue à cette médication, dans la métrite parenchymateuse du col. Ce savant médecin proclame aussi l'hydrothérapie souveraine contre les différentes modifications de la métrite externe, qui, d'après lui, sont le plus souvent provoquées ou entretenues par l'engorgement concomitant du tissu sous-jacent.

« L'hydrothérapie, dit-il, ne guérit point *directement* les ulcérations du col utérin. » Mais « en résolvant l'engorgement de l'utérus, elle rend facile la cicatrisation d'ulcérations qui, liées à cet engorgement et entretenues par lui, ont résisté à des applications réitérées de divers caustiques et même au cautère actuel. Les douches froides sont le modificateur le plus efficace qu'on puisse employer pour prévenir ou combattre la congestion utérine, cause si puissante et si commune des engorgements, des déplacements et des ulcérations de la matrice. »

Les réserves que nous avons posées, les réflexions que nous avons faites précédemment à l'occasion de l'hydrothérapie appliquée aux engorgements simples du col utérin, trouvent encore ici leur place, à propos des engorgements compliqués des lésions de la métrite externe.

II. — Telles sont les diverses médications qui conviennent dans la métrite externe simple ; mais cette affection est-elle compliquée de métrite interne ou de phlegmasie périutérine, il faut attaquer en premier lieu ces dernières lésions, non-seulement à cause de leur plus grande importance, mais encore parce que les cautérisations appliquées sur le museau de tanche seraient souvent inutiles et parfois dangereuses, tant que la phlegmasie de la muqueuse utérine ou des tissus périutérins n'aurait pas été préalablement détruite. Quelques-unes de nos observations viendront à l'appui de ce précepte.

Pour compléter ce qui est relatif à la thérapeutique de la métrite externe, il ne nous reste plus que quelques mots à ajouter sur le traitement des lésions syphilitiques. La médication locale ne diffère en rien de celle que nous avons exposée pour les autres altérations. Les chancres ou ulcérations primitives seront cautérisés avec le nitrate d'argent; les granulations, avec le nitrate acide de mercure. On aura recours au caustique de Filhos ou au fer

rouge quand ces altérations seront compliquées d'engorgement du col utérin.

En même temps on doit soumettre les malades à l'usage des préparations mercurielles ou de l'iodure de potassium, suivant qu'il s'agit d'accidents secondaires ou tertiaires.

CHAPITRE X.

DES GRANULATIONS OU FONGOSITÉS INTRA-UTÉRINES.

En traitant de la métrorrhagie, nous signalerons une variété d'hémorrhagie utérine, qui a été longtemps, pour les praticiens, l'objet d'embarras sérieux, à cause de l'obscurité de son origine et de l'opiniâtreté qu'elle oppose à tous les traitements ordinaires. Récamier fut le premier qui signala la véritable cause de ces pertes rebelles, et qui indiqua et mit en usage, pour y remédier, un mode de traitement basé sur leur étiologie. Cet illustre médecin, guidé sans doute par l'analogie, pensa que, dans beaucoup de cas considérés jusqu'alors comme obscurs, l'hémorrhagie utérine pouvait bien dépendre de la présence de végétations fongueuses, d'exubérances granuleuses développées à la surface interne de l'organe, de la même manière que l'hématurie reconnaît fréquemment pour cause des fongosités saillantes sur la muqueuse vésicale. L'expérience clinique ne tarda pas à démontrer la justesse des inductions de Récamier. A l'aide d'un instrument qu'il nomma *curette*, et que nous ferons connaître bientôt, il alla chercher ces fongosités dans la cavité utérine, les sépara de la muqueuse où elles étaient comme greffées, et fit cesser l'hémorrhagie dont elles étaient la source et le foyer.

Avant 1850, Récamier n'avait encore publié aucun travail *ex professo*, dans lequel il fût question des fongosités utérines. C'est seulement dans le mois de juin de cette même année qu'il fit paraître, dans l'*Union médicale*, un *Mémoire sur les productions fibreuses et les fongosités intra-utérines*. Quoi qu'il en soit, personne ne conteste à Récamier le mérite d'avoir appelé le premier l'attention des

médecins sur ces lésions, et d'avoir imaginé le meilleur moyen de les traiter.

En 1846, dans le *Bulletin thérapeutique*, et en 1848, dans une thèse de concours, M. Robert décrivit les granulations intra-utérines et l'opération de l'abrasion de la muqueuse, et confirma les idées de Récamier sur ce sujet.

En 1854, M. Nélaton, qui avait été témoin des premières opérations de ce genre pratiquées par Récamier, réhabilita aussi, dans ses leçons cliniques, l'emploi de la curette.

Nous-même, dès l'année 1852, nous avons eu l'occasion de nous servir fréquemment de cet instrument; nous en avons démontré les avantages et fait ressortir les indications aux yeux des élèves qui suivaient notre service à l'hôpital de la Pitié. Depuis ce temps-là, nous avons eu souvent recours à l'abrasion de la muqueuse utérine, et nous en avons toujours retiré des résultats excellents.

Dans le courant de l'année 1858, Trousseau fit, à l'Hôtel-Dieu, d'intéressantes leçons sur les granulations intra-utérines, les métrorrhagies rebelles qu'elles provoquent, et l'efficacité du traitement par la curette.

Quelques bonnes thèses ont été publiées sur ce sujet: en 1850, par M. Babut et par M. Juteau; en 1853, par M. Robinet; en 1854, par M. Ferrier; en 1856, par M. Delage; enfin, en 1858, par M. Jules Rouyer.

C'est en nous appuyant sur ces documents, autant que sur les observations qui nous sont propres, que nous allons tracer l'histoire des fongosités ou granulations intra-utérines.

Malgré ces consciencieux travaux et les témoignages imposants de maîtres et de praticiens tels que Récamier, Robert, M. Nélaton, Trousseau, etc., etc., les granulations intra-utérines ont rencontré et rencontrent encore des incrédules qui hésitent à croire à leur existence. Le doute était permis, nous voulons bien l'accorder, quand l'existence de ces fongosités n'était fondée que sur les résultats de l'abrasion de la cavité utérine. On pouvait alors, avec quelque apparence de raison, soutenir que ces prétendues fongosités n'étaient que des débris de la muqueuse utérine, raclée, déchirée par la curette. Mais est-il possible de faire valoir un pareil argument, aujourd'hui que la science possède plusieurs cas où des lésions de ce genre ont été trouvées sur le cadavre, chez des femmes mortes de quelque autre maladie grave?

Dans une discussion à la Société de chirurgie (janvier 1855), Robert, MM. Richet et Nélaton ont déclaré que, pendant l'épidémie cholérique de 1849, ils avaient rencontré des fongosités dans l'utérus d'une assez grande quantité de femmes mortes du choléra.

M. Ferrier a rapporté également, dans sa thèse, deux autopsies de malades qui portaient des fongosités dans la matrice.

C'est donc une lésion qui mérite bien d'occuper une place à part dans un traité des affections utérines.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les granulations intra-utérines sont des espèces de végétations, des excroissances de la muqueuse de l'utérus, ordinairement molles, rouges, vasculaires, saignantes au toucher, analogues à un détritus de placenta, friables comme la matière cérébrale ou les polypes muqueux des fosses nasales, et comparées par Récamier au tissu des hémorrhoïdes. Elles sont parfois pédiculées, le plus souvent sessiles, et n'adhèrent que faiblement à la membrane qui les supporte. Leur volume est variable; mais nous ne l'avons jamais vu dépasser celui d'un pois à cautère. Elles sont arrondies ou oblongues; et leur surface est inégale, spongieuse, comme mamelonnée. Il n'est pas rare qu'elles perdent cette forme quand on les extrait, par l'abrasion, de la cavité utérine; quelquefois, en effet, elles sont écrasées, défigurées par la curette, et se moulent sur la rainure de cet instrument. Le plus souvent elles sont accompagnées de petits caillots apoplectiques, entraînés aussi par la curette.

Le nombre des granulations intra-utérines est variable; on ne trouve quelquefois qu'une seule de ces excroissances; d'autres fois il en existe deux, trois ou quatre et même davantage.

Cependant il est une disposition que nous avons rencontrée quelquefois, qui a été signalée aussi par M. Rouyer, et dans laquelle la muqueuse utérine est comme le siége d'une véritable éruption granuleuse confluente : dans ce cas, en effet, elle est hérissée de petits grains comme des têtes d'épingle, régulièrement disséminés et qui donnent à la membrane un aspect chagriné. « Ces granulations, dit M. Rouyer, sont assez consistantes et présentent à la coupe une couleur blanchâtre; elles ressemblent parfaitement à de petits grains glandulaires. »

La forme particulière et bien déterminée de ces productions pathologiques ne permet pas d'admettre avec certains auteurs, et par-

ticulièrement avec M. P. Dubois, que ce soient de simples lambeaux détachés de la muqueuse utérine, dont l'aspect et la forme sont si différents.

Quel est le siége précis des granulations intra-utérines ?

Quelques auteurs les placent uniquement dans le conduit utérin, dans la cavité du col : c'est une exagération. Nous ne nions pas qu'elles ne puissent s'y trouver quelquefois ; mais d'accord avec Récamier, Robert, MM. Maisonneuve, Richet et Nélaton, nous croyons que leur siége de prédilection est la surface interne du corps utérin. Quant à nous, nous ne les avons rencontrées que rarement dans la cavité du col. Nous admettons aussi, comme les auteurs précédemment cités, qu'elles occupent le plus ordinairement la paroi postérieure de la cavité utérine.

Pour compléter l'anatomie pathologique des fongosités intra-utérines, nous ferons connaître ici les résultats de l'examen microscopique, tels que nous les trouvons consignés dans un mémoire publié par M. Robin dans les *Archives générales de médecine* (1848, 2e série, t. XVII).

« Ces granulations, au point de vue anatomique, ont la même structure fondamentale que la muqueuse utérine : ce sont des excroissances simples de cette membrane ; elles sont formées de tissu cellulaire en petite quantité et d'éléments fibro-plastiques plus abondants encore que dans le tissu de la muqueuse pris à l'état normal. Quelques-unes, parmi les plus petites, sont tapissées d'une couche d'épithélium semblable à celui de l'utérus. »

Étiologie. — Pathogénie. — C'est là une question que les auteurs qui ont traité des fongosités intra-utérines s'accordent à considérer comme obscure et d'une solution difficile. « Les granulations intra-utérines, dit Robert, semblent pouvoir se produire sous l'influence des causes qui donnent naissance à la leucorrhée. » Si Robert accorde que la leucorrhée n'est elle-même qu'une sécrétion morbide, symptomatique d'une métrite interne, nous partagerons volontiers son opinion relativement à l'étiologie des granulations. Seulement, substituant la maladie au symptôme, nous dirons que les fongosités intra-utérines se développent sous l'influence des causes mêmes qui produisent la métrite interne. Nous irons même plus loin, et nous ajouterons que ces fongosités sont, à nos yeux, des produits inflammatoires, des exubérances, des hypertrophies partielles de la mu-

queuse de la matrice, qui se développent sous l'influence de la phlegmasie chronique, de la même manière que les granulations qui se montrent sur le museau de tanche dans la métrite externe chronique. Cela explique donc les dénominations de métrite interne *granuleuse* ou *folliculaire*, que certains médecins ont données à cette affection. Quant à nous, nous nous servirons indifféremment de ces expressions ou de celles plus anciennement reçues et plus généralement adoptées de granulations ou de fongosités intra-utérines. Cependant nous préférons ces dernières désignations, parce que les mots *métrite granuleuse* ou *folliculaire* impliquent la persistance de la phlegmasie sous l'influence de laquelle sont nées les granulations; tandis qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Dans un assez grand nombre de cas, en effet, la métrite peut disparaître et les granulations persister seules, indépendamment de l'inflammation qui les a produites.

Les granulations intra-utérines ont été observées assez rarement chez les jeunes filles; cependant on les rencontre chez celles-ci, aussi bien que la métrite dont elles sont le produit. Comme la métrite, elles sont assez rares avant vingt ans, moins rares de vingt à vingt-cinq ans; elles acquièrent leur maximum de fréquence de vingt-cinq à trente-cinq ans, deviennent moins communes de trente-cinq à quarante-cinq ans; mais acquièrent un nouveau degré de fréquence de quarante-cinq à cinquante ans. Cela n'a rien qui doive nous surprendre, puisque ce sont les vestiges d'une phlegmasie qui est le plus commune de trente-cinq à quarante-cinq ans. Au delà de cinquante ans ces lésions deviennent de plus en plus rares.

Presque tous les auteurs enseignent que les fongosités intra-utérines ne se rencontrent que chez les femmes qui ont eu des enfants. Les idées que nous avons émises à propos de l'étiologie de la métrite, aussi bien que les faits que nous avons observés, ne nous permettent pas d'adopter une opinion aussi absolue. Nous avons eu, dans notre pratique, non-seulement plusieurs cas de granulations intra-utérines chez des nullipares, mais encore deux exemples chez des filles vierges. Nous croyons donc que cette affection se montre, mais qu'elle est assez rare chez les femmes mariées qui n'ont pas conçu, qu'elle est plus rare encore et même exceptionnelle chez les vierges.

On l'a donc observée surtout chez les femmes qui avaient eu des enfants, et particulièrement chez les multipares. Il résulte même du relevé des faits rapportés jusqu'à présent dans la science, que les

fongosités intra-utérines sont d'autant plus fréquentes, que les femmes ont eu un plus grand nombre d'accouchements : ce qui tendrait à prouver que l'excès de vascularisation de la matrice, pendant la grossesse, surtout au niveau de l'insertion placentaire, prédispose singulièrement à cette lésion et favorise son développement.

Parlerons-nous de l'hérédité, qui a été signalée par quelques auteurs? M. Nélaton, au dire de M. Rouyer, a eu occasion d'observer plusieurs fois des fongosités utérines chez des femmes dont la mère avait présenté des symptômes semblables à ceux que les malades accusaient elles-mêmes. Bien qu'il n'y ait pas dans ces faits des preuves suffisantes pour admettre l'hérédité, nous ne refusons pas de croire à la possibilité de la transmission héréditaire des fongosités intra-utérines, au même titre et de la même façon que nous avons considéré comme possible l'hérédité de l'aptitude à la métrite.

Les granulations intra-utérines reconnaissent les mêmes causes déterminantes que la métrite chronique interne ; nous ne reviendrons pas sur ce sujet, auquel nous avons consacré en son lieu d'assez longs développements. Seulement nous signalerons, avec tous les auteurs, au nombre des influences les plus actives sur la production de ces lésions : les accouchements difficiles et nombreux, les avortements, les excès de coït, et, par-dessus tout, une cause qui n'a pas été signalée encore, la persistance, la longue durée de la métrite interne.

Symptomatologie. — Nous venons de dire, à propos de la pathogénie des fongosités, que ces lésions étaient, à nos yeux, le plus souvent les produits d'une phlegmasie chronique de la muqueuse utérine. Or, il peut arriver deux choses : ou que l'inflammation persiste après le développement de ces végétations fongueuses ; ou bien que la phlegmasie se dissipe, laissant derrière elle ces excroissances, qui constituent désormais, à elles seules, une maladie ayant des signes propres et réclamant un traitement particulier.

Dans le premier cas, les phénomènes morbides sont complexes ; les accidents de la métrite chronique se combinent avec ceux des fongosités, les dominent même habituellement, les masquent en quelque sorte ; si bien que les auteurs qui ont écrit jusqu'à présent sur ces lésions ont insisté beaucoup sur des symptômes qu'ils consi-

dèrent à tort comme appartenant aux granulations intra-utérines, tandis qu'ils appartiennent à la métrite interne concomitante, ou, comme nous le dirons bientôt, à quelque autre complication.

Nous croyons donc qu'il est à propos, et qu'il est surtout conforme à la vérité clinique, de distinguer deux espèces de cas :

1° Ceux où les granulations intra-utérines sont simples;

2° Ceux où elles sont compliquées de quelque affection, soit de l'utérus, soit de ses annexes.

§ I. — Des granulations intra-utérines simples.

Les fongosités se présentent assez rarement à l'état d'affection simple, unique et dépouillée de toute complication.

Dans les cas de ce genre, le phénomène dominant, celui qui attire surtout l'attention des malades, c'est la métrorrhagie, ou seulement un trouble dans les fonctions menstruelles.

La maladie s'annonce toujours par une modification dans l'écoulement cataménial. Les règles se dérangent; elles surviennent plus tôt; elles sont plus abondantes que de coutume, ou bien elles durent davantage. Tantôt elles persistent abondamment et sous forme de pertes, pendant deux, trois, quatre, six, huit jours même au delà du temps ordinaire, puis s'arrêtent brusquement; tantôt le flux sanguin diminue progressivement à partir du quatrième ou du cinquième jour, et persévère ainsi durant plusieurs jours encore, sous la forme d'un liquide rosé; dans d'autres cas, ce dernier écoulement, au lieu de s'arrêter au bout d'un certain temps, se continue sans interruption jusqu'à l'époque menstruelle suivante.

Il est rare, dans le début, que les accidents soient plus prononcés; mais à mesure que la maladie fait des progrès, les troubles menstruels deviennent plus marqués; les règles prennent le caractère de véritables pertes; des métrorrhagies plus ou moins fréquentes et plus ou moins copieuses se manifestent dans l'intervalle des époques. Alors ce qui caractérise surtout ces hémorrhagies, c'est leur irrégularité, leur apparition quelquefois brusque et capricieuse, mais avant tout leur opiniâtreté et leur résistance aux moyens hémostatiques ordinairement usités.

Chez quelques femmes, les métrorrhagies symptomatiques des granulations intra-utérines s'accompagnent de quelques douleurs

dans le bas-ventre et dans les reins, avec des irradiations dans les membres inférieurs; mais nous verrons tout à l'heure que ce phénomène, sur lequel la plupart des auteurs ont longuement insisté, se manifeste surtout dans les cas de granulations compliquées, et qu'alors il appartient, en réalité, à l'affection concomitante. Néanmoins nous le signalons ici, parce que nous reconnaissons qu'il peut exister aussi dans les cas de fongosités simples; mais dans ce cas, nous ne saurions trop le répéter, la douleur est généralement modérée, peu étendue, presque toujours locale, et elle constitue, suivant nous, un phénomène tout à faire secondaire.

La leucorrhée se montre aussi plus particulièrement chez les femmes atteintes simultanément de métrite interne et de granulations. Cependant on la rencontre également chez les malades n'ayant que des fongosités simples; mais tandis qu'elle est abondante et continuelle chez les premières, elle est généralement modérée chez les secondes, et n'apparaît qu'à l'époque des règles, quelques jours avant et après, ou à la suite de la métrorrhagie. On comprend, en effet, que la congestion dont l'utérus est alors le siége devienne plus active et plus persistante autour des granulations qui font là l'office de corps étrangers, et qu'il se développe dans leur voisinage un certain degré d'irritation, une inflammation légère et de courte durée, qui produit l'écoulement blanc dont nous parlons.

Il est donc vrai de dire que la leucorrhée accompagne presque invariablement les granulations intra-utérines. Les flueurs blanches qui suivent alors les menstrues ou les pertes utérines sont toujours plus ou moins colorées par le sang. La teinte rouge devient d'autant plus claire, qu'on s'éloigne davantage de l'époque des règles ou du moment de la métrorrhagie.

Tels sont les symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic des fongosités intra-utérines. Pour plus de certitude, on doit recourir à l'exploration directe.

Au toucher, on trouve souvent le col utérin volumineux, engorgé, le museau de tanche inégal et rugueux, son orifice plus ou moins béant. Quelquefois aussi le corps même de l'utérus est augmenté de volume.

L'examen au spéculum permet de bien apprécier l'état du museau de tanche et le degré d'ouverture de son orifice. Ainsi il n'est pas rare de trouver des granulations à la surface du col et l'orifice utéro-vaginal assez largement dilaté. Quelquefois cette dilatation est poussée

au point d'admettre l'introduction de la pulpe du petit doigt et même celle de l'indicateur.

Dans des cas plus rares, on observe au contraire un certain degré de rétrécissement.

C'est surtout à l'aide de la sonde utérine qu'on peut bien constater le diamètre de l'orifice et de la cavité du col utérin. Le cathétérisme est un moyen précieux d'exploration, dans les cas où l'on soupçonne l'existence de fongosités intra-utérines.

En effet, au moyen du cathétérisme utérin, on détermine l'étendue de la cavité de l'organe et l'état de sa surface interne.

En général, toutes les fois que l'orifice utéro-vaginal est béant, on trouve la cavité du col dilatée, et celle du corps également agrandie. Dans certains cas, nous l'avons vue présenter une longueur de 8 à 10 centimètres; son diamètre transversal, augmenté en proportion, permettait d'imprimer à la sonde des mouvements de latéralité assez étendus. Dans ces cas, si l'on relevait la matrice avec la sonde du côté de la paroi de l'hypogastre, on pouvait, surtout chez une femme maigre, sentir, avec l'autre main appliquée sur le bas-ventre, l'extrémité de la sonde qui paraissait soulever directement la paroi abdominale. Nous dirons bientôt comment ces faits mal interprétés ont pu faire croire à la perforation de l'organe, et induire ainsi en erreur des praticiens fort habiles.

Au moyen d'une manœuvre attentive, on peut assez souvent, par le cathétérisme, apprécier l'état de la surface interne de l'utérus. Quelquefois la sonde parcourt toute la cavité utérine sans rencontrer le plus léger obstacle sensible à la main. Mais dans d'autres cas, et le plus souvent, l'instrument est arrêté par des rugosités ou va se heurter contre les aspérités qui hérissent la cavité de l'utérus.

En même temps on voit sourdre du sang par l'orifice utéro-vaginal, et l'on retire la sonde teinte de ce liquide. Un des principaux caractères des fongosités intra-utérines, c'est de saigner facilement et au moindre contact d'un instrument. M. Bennett a eu tort, suivant nous, d'attribuer ce signe à la métrite chronique simple; car il appartient souvent aussi aux granulations intra-utérines avec ou sans métrite.

§ II. — Des granulations intra-utérines compliquées.

Il est rare que les fongosités intra-utérines se présentent à l'état de simplicité comme nous venons de les décrire. Le plus souvent, ainsi que nous l'avons dit, elles se compliquent de quelque autre affection de l'utérus ou de ses annexes. Nous avons déjà vu qu'elles s'accompagnent fréquemment de métrite interne, et même nous avons admis que c'est de cette maladie qu'elles procèdent presque toujours. Nous devons ajouter qu'elles coexistent encore assez communément avec une phlegmasie périutérine. La coexistence que nous signalons ici, et sur laquelle les auteurs n'ont point insisté, est de la plus haute importance. Elle est tellement commune, qu'elle en a imposé à la plupart des observateurs qui, trop uniquement préoccupés des fongosités intra-utérines, leur ont attribué des accidents provoqués par la lésion concomitante, qu'ils ne soupçonnaient point, et ont ainsi tracé l'histoire de la métrite chronique interne ou du phlegmon périutérin, tandis qu'ils voulaient faire le tableau des végétations fongueuses de la cavité de la matrice. Aussi dirons-nous, sans crainte de nous tromper, que leurs descriptions se rapportent à peu près exclusivement aux cas compliqués.

Nous n'avons pas besoin, quant à nous, de nous étendre longuement sur ce sujet. Les développements que nous avons donnés à l'étude clinique de la métrite chronique nous dispensent d'entrer dans d'autres détails. Il nous suffira de dire que, dans les cas de complication, les symptômes locaux et généraux de la phlegmasie utérine s'ajoutent à ceux des fongosités intra-utérines. Les malades éprouvent des douleurs plus ou moins intenses dans le bas-ventre, dans les lombes, dans les membres inférieurs; les règles sont pénibles, les rapports sexuels provoquent des souffrances plus vives. Il y a une leucorrhée continuelle et plus ou moins copieuse. Enfin, on voit se manifester ces troubles graves de l'innervation, ces névralgies, ces paralysies partielles sur lesquelles nous nous sommes étendus dans un autre chapitre, et que nous nous contentons de rappeler ici.

Tous ces accidents, nous le répétons, ont été imputés à tort, par les auteurs, aux granulations intra-utérines. Il importe de relever cette erreur, et d'adopter, sur l'interprétation des faits observés, des

idées plus justes et qui recevront une application très-importante à propos du traitement.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — Les granulations étant le plus souvent un produit de la métrite chronique, leur existence se décèle quelquefois pendant le cours même de cette phlegmasie. Mais d'autres fois, comme nous l'avons dit, la métrite a disparu, laissant après elle une modification plus ou moins grande, plus ou moins profonde, de la muqueuse utérine. Ces excroissances d'origine inflammatoire continuent ordinairement à se développer après la guérison de la phlegmasie; elles s'accroissent lentement et d'une manière latente, jusqu'à ce qu'elles soient assez exubérantes pour troubler les fonctions de l'organe et provoquer des accidents qui éveillent l'attention des malades.

Nous avons vu que les fongosités s'annoncent d'abord par des modifications dans l'écoulement menstruel, puis par des pertes plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées et ordinairement incoercibles. Telle est, en effet, la marche la plus commune. Dans ces cas, les malades subissent tous les troubles fonctionnels qui suivent les hémorrhagies graves. Elles perdent leurs forces et leur embonpoint; leurs digestions s'altèrent, les phénomènes de nutrition languissent, et l'on ne tarde pas à voir survenir tous les signes bien connus de l'anémie.

Dans d'autres cas, que nous pourrions appeler bénins, les granulations intra-utérines s'accompagnent simplement des dérangements menstruels que nous avons signalés plus haut, sans qu'il en résulte d'altération sérieuse dans la santé générale. Cependant, même sous cette forme légère, les granulations peuvent, en raison de la continuité et de la persistance des accidents, déterminer la diminution des forces et l'amaigrissement des malades.

Abandonnées à elles-mêmes, les fongosités intra-utérines risquent de se perpétuer indéfiniment. Il est probable cependant que ces végétations, si peu adhérentes à la surface muqueuse de l'utérus, se détachent quelquefois spontanément et sont expulsées soit avec le sang menstruel, soit avec les flueurs blanches, soit au moment d'une perte. C'est là une hypothèse qu'il ne nous répugne pas d'admettre, mais nous ne possédons aucun fait clinique qui nous ait permis d'en vérifier l'exactitude.

Les lésions dont nous venons de tracer l'histoire cèdent facile-

ment à un traitement spécial que nous ferons connaître bientôt. Mais si elles sont méconnues, et que la nature ne les expulse pas par le mécanisme que nous avons indiqué, elles donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et continues qui épuisent les malades, les jettent dans le marasme et les font périr à la longue. Nous ne connaissons pas d'exemple bien authentique de femmes mortes des suites de ces fongosités intra-utérines, mais pourtant combien de personnes ont dû être enlevées par des métrorrhagies rebelles provenant de la lésion que nous décrivons en ce moment.

Diagnostic. — Nous avons essayé de tracer aussi exactement que possible, dans l'état actuel de la science, les symptômes et la marche des granulations intra-utérines. Comme on a pu le voir, d'après la description qui vient d'en être rapportée, elles donnent lieu à des métrorrhagies survenant habituellement à l'époque des règles, et affectant par conséquent des retours périodiques; à des flueurs blanches sanguinolentes qui apparaissent généralement avant et après l'écoulement sanguin; enfin à des douleurs qui, bien qu'en aient dit certains auteurs, n'ont rien de caractéristique.

De ces trois phénomènes, aucun n'est assez constant ni assez spécial, en quelque sorte, pour devenir pathognomonique. Chacun des trois peut faire défaut isolément, ou bien tous peuvent manquer ensemble; et d'ailleurs ils appartiennent, on le sait, à d'autres lésions encore qu'aux fongosités intra-utérines, et, par exemple, aux corps fibreux, aux polypes et au cancer utérin, dont il importe de les distinguer.

Dans les cas de corps fibreux et de polypes, la métrorrhagie affecte le plus souvent, au début, la forme et la marche que nous avons attribuées à celle que provoquent les granulations. Mais, tandis que dans cette dernière affection, l'écoulement sanguin conserve à peu près constamment le caractère de la métrorrhagie, il devient plus fréquent, plus irrégulier et aussi plus abondant dans les deux autres maladies. Dans le cancer, l'écoulement n'est point purement sanguin; il est sanieux, fétide, comparable à de l'eau rousse, sanguinolente, et presque toujours continu.

Les douleurs qui accompagnent les polypes sont généralement expulsives, ce qui n'arrive guère pour les granulations.

On voit combien toutes ces différences sont vagues et peu précises.

Mais c'est en observant bien attentivement la marche des symptômes, qu'on arrivera à un degré assez voisin de la réalité. L'embarras, la difficulté, la confusion, sont surtout inséparables du diagnostic de ces affections prises au début; mais à mesure que la lésion fait des progrès, l'exploration directe vient dissiper les doutes et substituer la certitude à l'indécision. Quand un corps fibreux est assez développé pour former une tumeur volumineuse se détachant de la paroi utérine, quand le polype distend la matrice, dilate sa cavité, et surtout quand il fait issue dans le vagin à travers l'orifice du col, quand le cancer a envahi et détruit une portion notable du tissu normal, quand surtout il s'est étendu jusqu'au museau de tanche (car ici il est plus particulièrement question des affections cancéreuses du corps de la matrice, celles du col se reconnaissant très-facilement dès le début), le toucher et l'examen au spéculum fournissent des signes tellement clairs, des indications tellement précises, qu'il n'est plus possible de tomber dans l'erreur.

Enfin, et en dernière analyse, l'exploration interne de l'utérus par le cathétérisme, et le traitement par la curette de Récamier, viendront lever toute espèce d'incertitude.

M. le docteur Marion Sims conseille et met en usage, pour la facilité du diagnostic, la dilatation de la cavité utérine à l'aide de la *tente-éponge.*

Il tient pour défectueuses et mal préparées les tentes-éponges du commerce; et il est d'avis qu'il vaut mieux les confectionner soi-même, conformément au procédé suivant :

« L'éponge doit être de bonne qualité, ni trop douce, ni trop molle; elle sera parfaitement nettoyée, mais non blanchie, car le blanchiment la prive de toute élasticité. On la taille en cône, d'un à deux pouces de long, de la grosseur environ du pouce. On passe un fil d'archal terminé en pointe, ou une alêne effilée, par le centre du grand axe de l'éponge, qui doit alors être entièrement imprégnée d'un mucilage épais de gomme arabique. On enroule ensuite un fil autour de l'éponge, en commençant par le bout le plus petit pour terminer par le plus gros; puis le fil d'archal est retiré, et la tente est mise à sécher. Lorsqu'elle est bien sèche, le fil est déroulé et les petites éminences qu'il a laissées à la surface sont effacées en les frottant avec du papier de verre.

» Pour appliquer la tente-éponge, le spéculum étant introduit au préalable, l'orifice de l'utérus est attiré légèrement en avant et fixé

au moyen d'un petit ténaculum accroché à la lèvre antérieure. En même temps la tente enduite de cérat et tenue par une pince, est doucement poussée dans le col à la profondeur voulue; elle y entre avec facilité si l'on a soin de la choisir exactement proportionnée au calibre du canal qui doit la recevoir. » (Sims, *Chirurgie utérine.*)

Si la tente-éponge tend à s'échapper du conduit utérin, il suffit, pour la maintenir en place, de garnir le cul-de-sac vaginal avec une boule d'ouate ou un bourdonnet de charpie.

M. Sims laisse la tente-éponge à demeure pendant six ou huit heures, du matin au soir; quelquefois même vingt-quatre heures, jusqu'au lendemain. Il recommande expressément que, durant ce temps-là, les malades restent couchées et gardent le repos le plus absolu, afin de prévenir le développement d'une métrite ou d'une métro-péritonite aiguës.

La tente-éponge provoque un écoulement aqueux, impur et de mauvaise odeur, que l'on peut combattre par des lotions et des injections détersives.

Pour retirer l'éponge, M. Sims a recours de nouveau au spéculum, comme pour l'introduction. Après avoir nettoyé le cul-de-sac vaginal et le museau de tanche avec une boule de coton, il fixe fortement au centre de l'éponge une paire de pince. « Celle-ci, dit-il, ne doit pas être brusquement enlevée; il faut au contraire y procéder avec douceur, en même temps qu'on soutient l'utérus avec l'index porté à droite et à gauche de l'éponge, pour la séparer de la membrane muqueuse du col, qui fait, pour ainsi dire, corps avec elle. L'enlèvement de l'éponge est toujours suivi d'un flux plus ou moins considérable de sang.

Il importe, dans cette opération, d'éviter la pénétration de l'air dans la cavité utérine largement dilatée. Pour cela, il suffit de retirer le spéculum un peu avant d'achever le retrait de la tente-éponge.

On peut alors procéder à l'exploration de la cavité utérine par le toucher. M. Sims estime qu'elle est suffisamment dilatée pour admettre la pulpe du doigt.

Nous n'avons pas encore essayé la méthode préconisée par M. Sims, et nous croyons qu'il ne faut y recourir qu'avec une extrême réserve et seulement dans les cas de granulations simples. On doit s'interdire absolument ce moyen de diagnostic lorsque les granulations intra-utérines sont compliquées d'endométrite chronique ou de phlegmasie périutérine.

PRONOSTIC. — Il se déduit naturellement de ce que nous avons dit de la marche et de la terminaison des fongosités intra-utérines. Nous répéterons que cette lésion n'a point par elle-même une grande gravité. Mais elle en acquiert une évidente par les hémorrhagies opiniâtres dont elle peut devenir la source, et qui sont capables de conduire les malades jusqu'au dernier degré de l'épuisement et du marasme. Les complications de métrite et de phlegmasie péri-utérine ajoutent beaucoup à la gravité des granulations, d'une part en affaiblissant les malades par une leucorrhée plus abondante et des douleurs plus vives et plus continues, d'autre part en forçant d'ajourner, comme nous le dirons bientôt, le traitement direct et spécial des fongosités.

Mais si les fongosités intra-utérines ne constituent pas, dans la grande majorité des cas, un danger sérieux pour les jours des femmes qui en sont atteintes, ne sont-elles pas nuisibles aux fonctions de la matrice? Nous sommes convaincus qu'il n'en peut pas être différemment. Elles sont assurément un obstacle à la fécondation ou plutôt au développement du germe dans l'utérus, d'abord par les ménorrhagies qu'elles provoquent, puis par l'altération anatomique qu'elles constituent pour la muqueuse utérine. Aussi croyons-nous pouvoir affirmer que ces lésions déterminent aisément la stérilité ou deviennent une cause fréquente d'avortement.

THÉRAPEUTIQUE. — Il importe donc d'y remédier sitôt qu'on a des raisons suffisantes pour admettre leur existence. Or, on comprend à priori qu'il est difficile de songer à attaquer ces petites excroissances par des moyens purement médicaux. Jusqu'à présent on n'a point trouvé de résolutif ou de fondant susceptible de les faire disparaître. Il a donc fallu songer à les détruire directement par un procédé chirurgical. Récamier, frappé du peu d'adhérence de ces granulations avec la muqueuse sous-jacente, imagina de les en détacher à l'aide d'un instrument capable d'être introduit dans la cavité utérine : c'est la *curette*.

La curette est formée par une tige métallique, longue de 26 à 27 centimètres, de la grosseur ordinaire d'une plume d'oie, cylindrique à sa partie moyenne, présentant à chacune de ses extrémités une courbure qui lui permet de s'adapter plus facilement à l'axe et à la direction de l'utérus. Ces courbures sont disposées en sens inverse l'une de l'autre; leur bord concave est un peu aplati et creusé d'une

rainure ou gouttière assez profonde, dont les bords sont mousses et légèrement inclinés de dehors en dedans. Ces deux gouttières ont des dimensions différentes : l'une est longue de 26 centimètres et demi, et large de 4 millimètres; l'autre a 7 centimètres et demi de longueur et 5 millimètres de largeur (fig. 13).

Fig. 13.

Tel est l'instrument destiné à *racler* la surface interne de l'utérus, afin d'en détacher les excroissances fongueuses. Avant de décrire le manuel opératoire, examinons sommairement la question de l'opportunité de la curette, les inconvénients, les dangers même attachés à son emploi, enfin les indications et les contre-indications de cette opération.

Abrasion. — Récamier avait rencontré beaucoup d'incrédules, quand il essaya de faire connaître les fongosités intra-utérines ; mais il trouva plus de contradicteurs encore, quand il proposa contre ces lésions l'usage de l'instrument que nous venons de décrire. A peine deux ou trois élèves de l'illustre médecin eurent-ils le courage de se faire les apôtres des opinions de leur maître et de tenter après lui le traitement chirurgical des granulations. Comme nous l'avons dit ailleurs, on était effrayé à la seule idée de porter un instrument dans la cavité de l'utérus. La curette tomba donc dans une sorte de discrédit et dans un assez long oubli. Nous avons dit, au commencement de ce chapitre, quels efforts avaient été tentés, dans ces dernières années, pour remettre cet instrument en honneur. Cependant, malgré les avantages incontestables qu'en ont retirés Robert, Trousseau, MM. Maisonneuve, Nélaton, et que nous en avons obtenus nous-mêmes, la curette inspire encore des craintes sérieuses et trouve des oppositions énergiques. D'où vient cette répugnance ? Pour quelques médecins, elle est en quelque sorte instinctive; ils repoussent la curette parce qu'ils n'osent pas introduire un corps étranger dans la matrice; cette pratique leur paraît téméraire et presque barbare. Pour d'autres, la crainte de la curette est raisonnée; elle repose sur des cas incontestables d'accidents survenus à la suite de ce mode de traitement.

Disons quels sont ces accidents et s'il est possible de les éviter.

1° La perforation de l'utérus aurait été observée deux ou trois fois par Récamier; et M. Adolphe Richard, dans la discussion que la curette a soulevée en 1855, au sein de la Société de chirurgie, en a rapporté un autre exemple. Dans aucun de ces cas les malades n'ont succombé; dans le fait cité par M. Richard, il n'y eut même aucun symptôme de péritonite. « La malade garda le repos; elle éprouva quelques douleurs de reins, mais n'eut point de fièvre, ni de perte d'appétit, ni d'insomnie, et, au bout de quarante-huit heures, il n'y paraissait plus. » En vérité, n'est-ce pas là un résultat extraordinaire et tout à fait inattendu? Qui aurait pu penser que la perforation de l'utérus et l'introduction d'un instrument dans la cavité péritonéale pussent être aussi inoffensives? N'y a-t-il point, dans ce fait, quelque chose qui déroute toutes les notions ordinaires de la pathologie, et n'est-on pas porté à croire à une erreur, à une fausse interprétation des phénomènes? Aussi pensons-nous qu'il vaudrait peut-être mieux adopter l'explication suivante :

Les granulations intra-utérines, étant ordinairement le résultat d'une métrite chronique de longue durée, peuvent et doivent coïncider souvent avec un amincissement des parois de l'utérus et un agrandissement, une dilatation de sa cavité. Qu'y a-t-il de surprenant alors que la curette manœuvre sans résistance dans la matrice et y exécute librement des mouvements assez étendus pour faire croire à une perforation de l'organe? Quoi d'étonnant qu'avec la main placée sur l'hypogastre, on sente le bec de l'instrument à travers les téguments de l'abdomen, ainsi que nous l'avons déjà noté plus haut?

Nous ne saurions donc considérer comme bien avéré le cas de perforation de la matrice, dont nous venons de parler. Voulons-nous dire par là que cet accident soit impossible et qu'il ne soit pas arrivé quelquefois? Nullement. Mais nous pensons qu'en procédant avec les plus grandes précautions et avec les ménagements convenables, il ne doit jamais se produire.

Ce n'est donc pas, à nos yeux, un argument suffisant pour proscrire l'emploi de la curette.

2° Il est survenu, dit-on, des métrites graves, des métro-péritonites, des ovarites, des abcès du bassin, qui ont sérieusement compromis les jours des malades ou même entraîné leur mort. Voilà,

en effet, des accidents qui ont été vus et qui se peuvent observer encore; mais nous sommes persuadés qu'il est facile de les conjurer et même de les prévenir.

Ici vient se poser naturellement la question très-importante des indications et des contre-indications de la curette.

Si la malade a une leucorrhée abondante et continue; si elle éprouve des douleurs très-vives dans l'utérus, avec des irradiations dans les lombes et les membres inférieurs, soit des deux côtés, soit d'un seul, tenez-vous sur vos gardes. Explorez attentivement la matrice et les organes voisins, et vous ne tarderez pas à reconnaître l'existence de quelque affection concomitante, d'une métrite interne, d'une phlegmasie périutérine ou d'une hématocèle. Dans les cas de ce genre, gardez-vous bien de porter témérairement une curette dans l'utérus. Vous verriez, soudain, les douleurs s'accroître, la sécrétion morbide augmenter et changer de nature, des frissons survenir, bientôt suivis de tous les signes d'une inflammation aiguë de quelque organe intra-pelvien.

L'existence d'une métrite aiguë ou subaiguë, d'une phlegmasie périutérine ou d'une hématocèle est donc une contre-indication formelle à l'introduction de la curette.

Avant d'entreprendre le traitement direct mécanique des fongosités, il est essentiel, indispensable, d'écarter toute complication, et d'instituer, s'il y a lieu, le traitement propre aux phlegmasies utérines et périutérines, que nous avons longuement exposé dans les chapitres relatifs à ces affections.

Si cependant la malade perd trop abondamment et que sa santé soit ébranlée par la continuité de l'hémorrhagie, on doit ne pas attendre la résolution complète de la métrite ou du phlegmon, mais employer la curette avec toutes sortes de précautions, sitôt que les symptômes les plus graves auront été conjurés par un traitement préalable, et qu'on aura constaté un amendement notable de l'état phlegmasique.

En tout cas, il est fort à propos, pendant l'hémorrhagie, de ne pas négliger, en attendant le moment opportun de la curette, l'emploi des hémostatiques ordinaires, administrés intérieurement ou appliqués au dehors, dans le but, sinon d'arrêter, du moins de diminuer l'écoulement sanguin.

Mais la curette peut être employée d'emblée, lorsque l'utérus et ses annexes ne sont pas le siége d'une sensibilité exagérée,

toutes les fois que les fongosités sont simples et se montrent sans aucun des signes de la métrite aiguë ou subaiguë, de la péritonite partielle, d'une phlegmasie périutérine ou d'une hématocèle.

C'est en nous conformant à ces préceptes, que nous avons pu employer la curette sur un grand nombre de femmes atteintes de granulations intra-utérines, sans avoir eu jamais aucun accident grave à déplorer. Dans deux cas seulement, nous nous sommes écartés de cette règle, en raison de l'intensité de l'hémorrhagie, et nos malades ont succombé à une péritonite.

Nous croyons donc qu'en suivant rigoureusement les principes que nous venons d'établir, on rendra toujours inoffensive la méthode de Récamier.

Manuel opératoire. — Il est nécessaire de distinguer deux cas : 1° celui où le conduit utérin est étroit ; 2° celui où ce canal est élargi (c'est le cas le plus ordinaire).

Dans le premier cas, avant d'introduire la curette, il faut dilater préalablement le conduit utérin par l'introduction successive de sondes graduées et de plus en plus volumineuses. Dans certaines circonstances, où le rétrécissement était réfractaire à la dilatation graduelle, nous avons été contraints de débrider l'orifice utéro-vaginal.

On peut employer aussi la tente-éponge, suivant la méthode de M. Sims (voyez plus haut, page 342). Nous signalons ce procédé sans toutefois le recommander, l'expérience que nous avons faite de la dilatation de l'utérus au moyen des éponges préparées ne nous ayant pas encouragé à en continuer l'usage.

Dans le second cas, on peut recourir d'emblée à la curette. Cependant nous devons faire connaître ici une pratique qui nous a toujours réussi, et à laquelle nous attribuons, en grande partie, l'innocuité de cette opération, dans les nombreuses occasions que nous avons eues de l'appliquer. Depuis longtemps nous avons l'habitude, quel que soit le calibre du conduit utérin, de passer à plusieurs reprises une sonde dans la cavité utérine, afin d'apprécier le degré de sensibilité de sa surface et d'habituer la muqueuse à supporter le contact des corps étrangers.

Après ce *cathétérisme préalable*, nous procédons à l'introduction de la curette, de la même manière que pour la sonde utérine de Simpson (voy. p. 68).

Pour l'opération de la curette, comme pour l'hystérométrie, il est

indispensable de s'assurer d'abord de la position et de la direction de l'utérus, afin de guider convenablement l'instrument. Si l'utérus a sa direction normale ou s'il est porté en antéversion, on tournera la concavité de la curette en haut et en avant. Si l'organe est en rétroversion, la curette sera introduite de manière que la concavité regarde en arrière et en bas.

Puis on pousse doucement, lentement, la curette dans la matrice, et quand on a franchi l'orifice cervico-utérin, quand on a la certitude que l'extrémité de l'instrument est dans la cavité du corps, on lui imprime un mouvement de rotation, qu'on répète deux ou trois fois, de manière à racler successivement la face postérieure et la face antérieure de la muqueuse utérine. On retire ensuite la curette en tournant la gouttière en haut, afin de ramener plus sûrement toutes les granulations qui ont été détachées. La même manœuvre doit être répétée deux ou trois fois dans la même séance.

Nous avons dit que les deux extrémités de l'instrument présentaient deux gouttières de dimensions différentes. On se sert de la grosse extrémité, quand l'utérus est volumineux et sa cavité très-dilatée; on se sert de la petite extrémité dans les cas contraires.

Si la matrice renferme des granulations, la curette est arrêtée par la saillie de ces excroissances, et la main éprouve d'abord la sensation d'un obstacle, puis celle d'une résistance vaincue. Quand, au contraire, il n'existe pas de fongosités, la curette exécute ses mouvements en liberté, sans transmettre à la main de l'opérateur les impressions que nous venons de signaler.

Il est rare qu'une seule séance suffise pour amener la guérison. Il faut, le plus souvent, répéter à l'opération deux, trois et même quatre reprises, jusqu'à ce qu'on ne trouve plus de vestiges de fongosités, en laissant un intervalle de huit jours, quelquefois même davantage, entre chaque abrasion.

Quel temps convient-il de choisir pour pratiquer cette opération? Il faut toujours opérer en dehors de la période menstruelle, après la cessation des règles et le plus loin possible de leur retour. Nous avons l'habitude d'introduire la curette cinq ou six jours après la suspension du flux cataménial, et nous pensons qu'il ne serait pas prudent d'opérer huit ou dix jours avant son apparition.

Effets de l'abrasion. — L'abrasion de la muqueuse utérine produit des effets immédiats et consécutifs, que nous allons exposer rapidement.

Elle provoque une douleur dont le caractère et le degré varient avec la sensibilité individuelle des malades. Chez les unes, elle est vive, déchirante, et retentit dans tout le bas-ventre et dans les reins; chez les autres, elle est faible, obtuse, à peine appréciable. Mais, dans presque tous les cas, surtout si l'on a eu soin de se conformer aux préceptes que nous avons posés précédemment, cette douleur est passagère et n'est pas de nature à inspirer des craintes. Que si, par extraordinaire, la souffrance persévère, on doit redouter quelque conséquence funeste.

L'hémorrhagie est encore un effet immédiat et constant de l'abrasion, dans les cas avérés de fongosités. S'il n'y a pas de perte utérine au moment de l'opération, l'écoulement de sang occasionné par la curette est peu abondant et s'arrête au bout de quelques minutes. S'il y a une perte, elle augmente pendant l'opération, mais elle diminue après le retrait de la curette et ne tarde pas à s'arrêter définitivement. Dans aucun cas, nous n'avons vu l'hémorrhagie devenir assez grave pour nous inspirer des inquiétudes. Nous la considérons comme un accident sans importance.

Nous ne reviendrons pas sur la perforation des parois utérines, à propos de laquelle nous nous sommes suffisamment expliqués plus haut.

Si les granulations n'ont pas été enlevées en totalité, la métrorrhagie et les autres accidents propres à ces lésions se reproduisent au bout d'un temps plus ou moins long, et ne se dissipent sans retour que lorsque la curette a rendu à la surface interne de la matrice son état normal.

Nous avons déjà dit que diverses phlegmasies avaient été observées à la suite des tentatives d'abrasion intra-utérine. On a cité des métrites, des métro-péritonites, des abcès périutérins, survenus consécutivement à cette opération. Mais nous pensons que, dans les cas de ce genre, la phlegmasie existait avant l'emploi de la curette, et que l'introduction de cet instrument dans la matrice n'a fait qu'aggraver une complication qui était restée méconnue, en la faisant passer à l'état aigu.

Comme nous l'avons dit, on doit craindre un accident de ce genre, toutes les fois que la douleur provoquée par la curette persiste longtemps encore après l'opération, et que, loin de s'affaiblir, elle va constamment croissant et s'accompagne bientôt des phénomènes de réaction générale propres aux maladies inflammatoires aiguës.

Dans ce cas, il faut se hâter de faire face aux symptômes graves qui débutent, et les combattre, dès le principe, par des moyens énergiques appropriés et proportionnés aux forces du sujet.

Nous ne terminerons point ce qui est relatif à l'abrasion de la muqueuse utérine, sans rappeler l'opinion formulée par Marjolin, au sein de l'Académie de médecine (février 1850) :

« Cette opération, disait ce professeur, n'est pas sans danger, je dois en convenir; mais je pense qu'il est rationnel et indiqué d'y avoir recours lorsque les moyens convenables pour faire cesser les hémorrhagies qui proviennent de l'intérieur de l'utérus ont été mis en usage sans succès, et que la répétition ou la continuité de ces hémorrhagies altère gravement la santé des malades. A la suite de cette opération, il importe de prendre les précautions convenables pour prévenir le développement des accidents inflammatoires. »

Nous avons indiqué ces précautions, nous n'y reviendrons pas.

Récamier ne se contentait pas d'enlever les granulations intra-utérines avec la curette; il pensait qu'après les avoir détruites, il fallait en cautériser la place avec l'azotate d'argent, afin de modifier la vitalité de la muqueuse sur laquelle elles étaient implantées. Cette pratique a été suivie par Robert, MM. Maisonneuve et Nélaton; nous-mêmes nous l'avions adoptée d'abord et nous l'appliquions à tous les cas sans distinction, mais une étude plus attentive, une expérience plus longue, nous ont appris à distinguer les circonstances dans lesquelles l'abrasion doit être suivie de la cautérisation intra-utérine et celles où l'on peut se dispenser de cette dernière opération.

La cautérisation de la muqueuse utérine est inutile, toutes les fois que l'affection granuleuse est simple et ne s'accompagne pas de métrite interne chronique; en d'autres termes, lorsque, après l'abrasion des fongosités, il ne reste plus de leucorrhée.

Mais il est nécessaire de recourir à la cautérisation intra-utérine quand des signes évidents de métrite interne persistent après l'opération de la curette.

Cette cautérisation se pratique, suivant les cas, soit avec la solution d'azotate d'argent, soit avec l'azotate acide de mercure, d'après les règles et les indications que nous avons posées à propos du traitement topique de la métrite interne (page 290 et suivantes).

D'autres modes de traitement ont été proposés contre les fongosités intra-utérines. Nous allons les faire connaître.

Cautérisation avec le nitrate d'argent. — M. le docteur Costilhes a publié en 1858 une note sur les fongosités utérines (qu'il nomme métrite interne granuleuse chronique), dans laquelle il proscrit formellement l'emploi de la curette et lui substitue le traitement par la seule cautérisation intra-utérine.

« Le raclage de l'utérus, dit-il dans ses conclusions, est une opération rarement nécessaire et souvent dangereuse, même dans des mains expérimentées; et, pour le moment, il serait plus sage de la remplacer par une cautérisation intra-utérine avec l'azotate d'argent. »

Ainsi, M. Costilhes propose de cautériser d'emblée la muqueuse utérine, c'est-à-dire de commencer par où Récamier finissait. A l'appui de son opinion, M. Costilhes rapporte quatre observations, d'après lesquelles il aurait suffi de deux ou quatre cautérisations pour guérir radicalement des malades affectées de granulations intra-utérines. Nous avons lu très-attentivement ces observations, et nous sommes contraints d'avouer que, loin de porter la conviction dans notre esprit, elles nous ont laissé les doutes les plus sérieux sur l'exactitude du diagnostic. Les signes indiqués par M. Costilhes sont tellement insuffisants, que nous nous croyons autorisés à nier, chez les malades qu'il a traitées, l'existence de granulations intra-utérines, telles que nous les entendons avec Récamier, Trousseau, Robert, MM. Nélaton, Maisonneuve, etc. La présence des fongosités intra-utérines n'est incontestable que lorsque la curette a ramené au dehors quelqu'une de ces excroissances. Un des motifs qui nous paraissent militer encore en faveur de notre assertion, c'est la prompte et merveilleuse efficacité de la cautérisation de la muqueuse utérine pratiquée par M. Costilhes.

D'ailleurs, si M. Costilhes avance son opinion comme une idée neuve et qui lui appartienne, il se fait illusion, à ce qu'il nous semble. Depuis longtemps Velpeau professait cette doctrine, et il l'a publiquement exposée dans ses leçons de clinique et à la tribune de l'Académie.

Malgré l'imposante autorité de Velpeau et les faits allégués par M. Costilhes, nous persistons à croire que la cautérisation intra-utérine est insuffisante à produire la guérison définitive des fongosités de la matrice, et que ces végétations ne peuvent être sûrement enlevées qu'à l'aide de la curette.

M. Costilhes rejette cet instrument parce qu'il le trouve dangereux. Nous nous sommes suffisamment expliqués plus haut sur les accidents qui peuvent suivre l'emploi de la curette; nous avons dit comment on pouvait sûrement les éviter; nous croyons donc avoir répondu d'avance à l'objection de M. Costilhes. Nous ajouterons, cependant, que nous sommes étonnés qu'une pareille appréhension soit exprimée par un médecin qui ne craint pas de porter dans la cavité utérine des sondes et des caustiques. Nous ne voyons point, quant à nous, qu'il soit plus téméraire et plus périlleux d'introduire dans la matrice une curette qu'une sonde de Simpson ou un porte-caustique armé d'un crayon d'azotate d'argent.

M. Courty conseille aussi la cautérisation avec le nitrate d'argent, mais suivant un autre procédé, emprunté à M. Richet. Ce procédé consiste à introduire un crayon d'azotate d'argent dans la cavité rine, et à l'y laisser à demeure.

Malgré l'innocuité attribuée à ce moyen par M. Courty, nous croyons que l'emploi de la curette mérite encore la préférence. L'abrasion, en effet, n'expose pas à plus d'accidents, et son efficacité est plus certaine.

Procédé de M. Sims. — Nous avons déjà dit, à l'occasion du diagnostic, que M. Sims pratique préalablement la dilatation du conduit utérin à l'aide d'une tente-éponge spécialement préparée pour cet usage. Le même moyen est employé par ce chirurgien pour le traitement curatif des granulations fongueuses. Suivant M. Sims, la tente-éponge comprime les granulations, les écrase, les atrophie et en définitive les détruit complétement.

Cependant M. Sims emploie aussi la curette de Récamier. « C'est lorsque les granulations fongueuses siégent au fond de l'utérus. Nous dilatons d'abord le col, dit-il, avec la tente-éponge, nous passons le doigt dans la cavité utérine, nous nous assurons avec exactitude du siége des excroissances fongueuses, puis nous glissons la curette le long du doigt; de cette façon, nous opérons avec beaucoup plus de précision. »

Quant à nous, nous croyons la tente-éponge superflue; elle nous paraît compliquer inutilement, et non sans danger, l'opération.

CHAPITRE XI.

RÉTRÉCISSEMENTS DU CONDUIT UTÉRIN.

Déjà nous avons parlé des changements qui peuvent survenir dans les dimensions de la cavité utérine, soit qu'il y ait dilatation, soit qu'il y ait rétrécissement. C'est de ce dernier accident que nous allons traiter ici spécialement. Mais tandis que les auteurs qui se sont occupés jusqu'à présent de ces rétrécissements les ont considérés surtout sous le double rapport de l'obstacle qu'ils peuvent opposer : 1° à la fécondation, 2° à l'écoulement des règles ou des flueurs blanches, nous voulons, dans cet article, les étudier encore sous un troisième point de vue, celui des inconvénients sérieux qu'ils offrent pour le traitement direct et complet de la métrite interne du col et du corps.

Divisions. — De même que tous les autres conduits membraneux et surtout de même que l'urèthre, le canal utérin peut devenir le siége de quatre variétés de rétrécissements, que nous distinguerons en 1° *congénitaux*, 2° *accidentels*, 3° *spasmodiques*, et 4° *organiques*.

Ces divers rétrécissements peuvent être *simples* ou *compliqués*.

De ces quatre variétés, les rétrécissements accidentels sont sans contredit les plus fréquents.

Siége. — Leur siége est très-variable. Tantôt le rétrécissement occupe l'orifice utéro-vaginal, et c'est heureusement le cas le plus commun, car on peut plus facilement l'atteindre et le détruire; tantôt il occupe l'orifice cervico-utérin; d'autres fois il est limité en un point du conduit, ou bien il le remplit entièrement; plus rarement il envahit à la fois toute la cavité du col et du corps de la matrice.

Nombre. — Tantôt on ne trouve qu'un seul rétrécissement, tantôt on en rencontre plusieurs

Degrés. — Les rétrécissements peuvent se présenter à des degrés très-divers : parfois il n'y a qu'une faible diminution dans le calibre

du conduit utérin ; d'autres fois l'étroitesse du canal est excessive. On cite même des exemples où l'oblitération était complète.

Si la coarctation est complète ou du moins très-prononcée, il est facile d'en constater l'existence ; mais si le conduit utérin n'a subi dans son calibre qu'une diminution douteuse et peu marquée, il ne faut admettre le rétrécissement qu'avec une certaine réserve, et demander à l'expérience et à une exploration attentive et souvent répétée un diagnostic sûr et précis. On peut dire seulement, d'une manière générale, que le conduit utérin est rétréci toutes les fois que l'hystéromètre ordinaire ne peut pas y pénétrer. Il est évident qu'au-dessous de cette limite, les degrés du rétrécissement seront évalués d'après le diamètre des instruments qu'admettra le canal utérin, jusqu'au point où il y aura oblitération complète.

Anatomie et physiologie pathologiques. — Des lésions de diverse nature peuvent déterminer le rétrécissement du conduit utérin. Nous les étudierons : 1° dans les parois mêmes du conduit, 2° à sa face interne, 3° dans les tissus qui entourent l'utérus.

1° Toute augmentation ou diminution dans la nutrition des tissus qui forment les parois de l'utérus peut amener un rétrécissement du canal utérin, à moins que la cavité de la matrice ne demeure la même ou ne s'agrandisse à mesure que ses parois augmentent ou diminuent d'épaisseur, comme il arrive dans certains cas. Nous croyons qu'il suffit de signaler ici les rétrécissements qui reconnaissent pour cause une atrophie ou une hypertrophie concentrique de de l'utérus, sans énumérer les affections variées qui peuvent donner naissance à ces troubles de nutrition.

2° Les rétrécissements sont encore occasionnés par la présence, dans le canal utérin, de végétations, simples ou cancéreuses, etc., de polypes, de brides, d'éperons, tantôt uniques, tantôt multiples, qui se développent entre les parois opposées. Nous ne parlons pas des tumeurs sanguines, ni des concrétions qui peuvent obstruer temporairement l'utérus, sans produire un rétrécissement proprement dit.

3° L'hypertrophie des tissus qui entourent l'utérus, une tumeur développée dans son voisinage, sont susceptibles, en comprimant le conduit utérin, d'amener une oblitération plus ou moins complète et permanente de ce conduit.

Quant aux flexions utérines, elles sont une cause de coarctation

apparente, en raison de l'angle que fait le corps avec le col de l'utérus; mais le conduit conserve ses dimensions normales, et il suffit de redresser l'organe pour rendre au canal utérin ses conditions régulières.

On comprend que le siége et l'étendue du rétrécissement dépendent de la situation et de la gravité des lésions qui le produisent.

Les rétrécissements *spasmodiques*, dont le siége habituel est l'orifice interne du canal cervico-utérin, sont quelquefois une pure névrose, résultant d'un état particulier d'irritabilité ou d'hyperesthésie de cet orifice, sans aucune lésion apparente de tissu. Le plus souvent la coarctation spasmodique est provoquée et entretenue par une lésion inflammatoire de la muqueuse utérine, absolument comme la contraction spasmodique et le ténesme du col vésical sont provoqués et entretenus par une cystite.

ÉTIOLOGIE. — *a*. La contraction nerveuse qui donne lieu au rétrécissement spasmodique se produit parfois spontanément; mais, en général, elle est déterminée et comme éveillée par la présence ou le contact d'un corps liquide ou solide venu du dedans ou du dehors.

Ainsi, les mucosités exhalées par la surface interne de l'utérus, le sang menstruel, en baignant l'orifice cervico-utérin, au moment de le franchir, l'irritent, provoquent une sensation douloureuse et une contraction spasmodique.

Ce que produisent les mucosités utérines et le sang menstruel, l'introduction d'une sonde, d'une bougie, d'un hystéromètre, d'un porte-caustique le produit également, mais, pour ainsi dire, en sens inverse, c'est-à-dire en venant de dehors en dedans. Au contact et surtout au moment du passage de ces corps étrangers, l'orifice cervico-utérin se contracte, se resserre, avec douleur.

b. — Les rétrécissements utérins *organiques congénitaux* sont des vices de conformation, qu'on apporte en naissant. La cause de cette difformité, que nous avons déjà signalée (p. 162 et suiv.), réside évidemment dans une aberration, dans un trouble des conditions ou des éléments qui président au développement de la matrice, pendant la vie fœtale.

c. — On peut dire que les rétrécissements *organiques accidentels* reconnaissent pour causes générales toutes les influences ou tous

les agents capables de déterminer une inflammation de l'utérus. Ainsi les rétrécissements du canal utérin succèdent quelquefois à l'accouchement, soit qu'une phlegmasie de la matrice, soit que des contusions, des érosions ou des déchirures aient été la conséquence de la parturition ou des manœuvres qu'elle a nécessitées. Est-ce alors la lymphe déposée à la surface interne du col qui s'organise et qui sert de base à une adhérence? Cela est possible, mais nous ne saurions rien affirmer de positif à cet égard.

Une cause très-active et très-fréquente des rétrécissements du conduit utérin, c'est la cautérisation pratiquée dans la cavité du col ou seulement à l'orifice utéro-vaginal, avec des caustiques puissants, tels que la potasse caustique, le fer rouge, l'azotate d'argent fondu, les acides concentrés.

Les observations que nous avons faites sur ce point nous ont conduits à reconnaître que les rétrécissements succèdent plus souvent à l'emploi de la potasse caustique de Filhos qu'à celui du fer rouge. Cela tient sans doute à ce que la potasse caustique, fusant à l'intérieur et dans l'interstice des tissus, détermine une eschare plus profonde, une plaie plus irrégulière, d'où résulte ou une inflammation adhésive, ou des brides cicatricielles.

Quant aux rétrécissements produits par l'azotate d'argent fondu, nous n'en possédons que peu d'exemples. Nous n'avons recueilli qu'un seul cas de rétrécissement qui pût être attribué aux cautérisations avec l'azotate acide de mercure du Codex, employé avec les précautions que nous avons indiquées.

De ce que nous venons de dire il résulte que, plus un caustique agit profondément, plus il est susceptible de donner naissance à un rétrécissement.

Les rétrécissements du conduit utérin ne s'observent pas également aux différents âges.

Très-rares chez les jeunes filles, à moins d'être congénitaux, les rétrécissements deviennent assez fréquents à partir de la puberté jusqu'à la vieillesse la plus avancée. Les rapports sexuels, les accouchements, les suites de couches, les phlegmasies utérines figurent au nombre des causes les plus actives de coarctation du conduit utérin. Après la ménopause, les femmes restent encore sous le coup des inflammations chroniques contractées antérieurement ; et, d'ailleurs, le canal utérin se rétrécit à mesure que s'accroît le nombre des années. On cite même des exemples

d'oblitération complète de ce conduit chez des femmes d'un âge avancé.

SYMPTOMATOLOGIE. — Toute diminution dans le calibre du canal utérin a pour effet principal d'apporter un obstacle, variable avec le degré du rétrécissement, à l'écoulement des règles et à la sortie de tous les produits de sécrétion qui, déposés dans la cavité utérine, en doivent être expulsés : flueurs blanches, concrétions sanguines, môles, liquides purulents, etc. De là dérive une série de signes propres à faire reconnaître, pendant la vie, l'existence d'un rétrécissement ; tels sont : — l'aménorrhée, la dysménorrhée, les efforts expulsifs pour chasser de l'utérus un produit étranger, etc.

L'*aménorrhée* est un symptôme assez rare dans la coarctation utérine. En général le rétrécissement n'est pas tellement étroit qu'il ne puisse livrer passage au sang cataménial. Cependant si l'oblitération est complète ou, ce qui revient à peu près au même, si l'étroitesse du canal est excessive, si le rétrécissement est de nature fibreuse et partant peu susceptible de dilatation, la coarctation devient infranchissable, et le flux menstruel lui-même ne peut s'opérer.

Quelquefois c'est un caillot sanguin ou une concrétion fibrineuse qui obstrue le canal déjà rétréci et forme là une espèce de bouchon, d'où résulte un obstacle complet au cours des règles.

La suppression de l'écoulement menstruel est suivie, dans ces circonstances, des accidents graves de la rétention des menstrues, dont il sera question dans un chapitre subséquent.

La *dysménorrhée* est un symptôme habituel et quasi pathognomonique. Quel que soit le degré du rétrécissement, quelles que soient sa nature et son origine, il oppose toujours un obstacle au flux régulier des règles. Le sang menstruel s'écoule avec difficulté, lentement, d'une manière intermittente; il s'accumule derrière l'obstacle, distend la cavité du corps utérin, se coagule quelquefois en partie; et plus tard un ou plusieurs caillots sont expulsés en totalité ou par fragments, à la suite d'efforts expulsifs très-douloureux, simulant de véritables *tranchées utérines*. M. Courty a bien exprimé la nature de ces douleurs en leur donnant le nom significatif de « ténesme utérin ». Le même auteur appelle *mécanique* la dysménorrhée qui accompagne les rétrécissements de l'utérus, à l'exemple de Simpson, qui a décrit les mêmes phénomènes morbides sous la dénomination de *obstructive dysmenorrhœa*.

Les douleurs expulsives, le ténesme utérin, se montrent non-seulement à l'époque menstruelle, mais aussi dans l'intervalle des règles chez les femmes atteintes concurremment de coarctation utérine et de métrite interne. La présence des mucosités catarrhales dans la cavité de la matrice, leur accumulation derrière l'obstacle, les contractions que nécessite leur expulsion, amènent nécessairement des souffrances analogues à celles que détermine la dysménorrhée mécanique. La persistance de ces douleurs, leur retour fréquent et intermittent, leur caractère expulsif, le flux leucorrhéique qu'elles provoquent, sont autant de symptômes qui appartiennent en propre aux rétrécissements utérins et en constituent des signes caractéristiques.

Nous indiquerons, à propos du diagnostic, les signes fournis par le toucher, par l'examen au spéculum et par le cathétérisme utérin.

M. Bernutz fait jouer aux rétrécissements utérins le rôle de cause prédominante dans la production de l'hématocèle péri-utérine. C'est une opinion que nous ne saurions partager et sur laquelle nous reviendrons en traitant de l'hématocèle.

Le rétrécissement du conduit utérin, et, à plus forte raison, son oblitération complète, constituent une cause fréquente de stérilité. En effet, c'est une barrière au passage du fluide séminal, un obstacle mécanique à l'imprégnation. Les exemples de ce genre ne sont certainement pas rares dans la science, et l'on est parvenu souvent à faire cesser la stérilité, en ramenant le conduit utérin à ses dimensions normales.

La stérilité devra donc faire soupçonner toujours une coarctation du canal utérin, surtout si la malade est en même temps affectée de dysménorrhée et de douleurs expulsives.

Ces présomptions se changeront en certitude, si l'on parvient à constater matériellement la lésion, par un des procédés d'exploration que nous allons faire connaître.

Diagnostic. — Par le simple *toucher*, on peut vérifier assez approximativement le diamètre de l'orifice du museau de tanche, mais on ne saurait déterminer avec une précision rigoureuse s'il y a un véritable rétrécissement. La seule lésion que le toucher puisse indiquer d'une manière certaine, c'est une atrésie, une oblitération complète de l'ouverture utéro-vaginale.

Le toucher, cependant, ne doit pas être négligé ; car il peut, dans un grand nombre de cas, fournir encore d'utiles renseignements.

étreint par cette contraction, ne peut plus exécuter de mouvements qu'avec la plus grande difficulté. C'est surtout quand on retire la sonde de la cavité utérine, que ce spasme se produit. Dans ce cas, il convient de ne pas dégager brusquement la sonde, mais d'attendre que le spasme ait disparu.

Il est superflu d'ajouter que, si la simple sonde utérine de Simpson est capable de provoquer la contraction spasmodique de l'orifice cervico-utérin, à plus forte raison le porte-caustique de Lallemand, le crayon d'azotate d'argent fondu et les divers pinceaux imbibés de solutions irritantes, doivent-ils la produire, à cause de l'excitation plus vive qu'ils déterminent sur les tissus.

Chez quelques personnes ce spasme de l'orifice cervico-utérin se produit habituellement, dans les opérations de cathétérisme ou dans les cautérisations intra-utérines. Mais il est rare que ce phénomène persiste bien longtemps; peu à peu l'excès de sensibilité utérine s'émousse, et l'orifice cervico-utérin laisse passer, sans se contracter, soit les liquides provenant de la cavité utérine, soit les instruments qu'on y porte. D'ailleurs, ainsi que nous venons de le voir, le rétrécissement spasmodique n'a par lui-même aucune importance sérieuse.

Il n'en est plus ainsi du rétrécissement organique, qui fait le principal objet de ce chapitre, et qui donne naissance aux troubles fonctionnels, aux accidents variés que nous avons signalés plus haut. Nous avons indiqué de quelle manière on peut le reconnaître par le toucher, l'examen au spéculum et le cathétérisme.

MARCHE, DURÉE. — La marche du rétrécissement organique varie avec la cause qui lui a donné naissance. Est-il dû à une inflammation simple des parois utérines, il disparaît le plus souvent avec cette inflammation. Est-il occasionné par une lésion permanente, par des indurations, par des brides, etc., il persiste alors indéfiniment, et même le calibre du conduit utérin peut aller progressivement en diminuant jusqu'à son oblitération complète.

Quant à la coarctation spasmodique, elle se montre et elle disparaît avec les influences générales (émotions morales, impressions vives, crises nerveuses, etc.) ou les causes locales (excitations des organes génitaux, irritation de la muqueuse utérine, hypérémie et fluxion menstruelles, leucorrhée utérine, cautérisation ou cathétérisme intra-utérins, etc.), qui la sollicitent.

Pronostic. — Le degré du rétrécissement *organique* est d'ordinaire la mesure de sa gravité. S'il est faible, il produit seulement des troubles légers dans les fonctions utérines et une gêne quelquefois passagère à la fécondation. S'il est plus prononcé, il apporte un obstacle absolu à la fécondation et constitue une cause mécanique de stérilité ; il devient le point de départ de lésions inflammatoires graves de l'utérus et des tissus qui avoisinent cet organe ; il peut même, par la barrière qu'il oppose à l'écoulement des règles ou des produits de sécrétion utérine, aller jusqu'à déterminer une péritonite grave et les autres accidents de la rétention des menstrues, que nous décrirons dans un autre chapitre.

Le pronostic est subordonné aussi à l'étendue du rétrécissement et à son siége. En effet, plus il est étendu, plus il est difficile à guérir ; plus il est rapproché de l'orifice cervico-utérin, plus il donne lieu à de graves désordres.

Le pronostic varie encore suivant que le rétrécissement est simple ou compliqué. Il est clair, par exemple, qu'un rétrécissement offre bien moins d'inconvénients et de dangers si l'utérus est sain que si la matrice est affectée de métrite interne. Dans ce dernier cas, en effet, le rétrécissement empêche les produits morbides de s'écouler au dehors ; et les flueurs blanches, retenues dans la cavité utérine, deviennent le point de départ de douleurs vives, et l'origine d'efforts expulsifs aussi pénibles que ceux qui accompagnent l'accouchement.

Il est donc toujours d'une haute importance de remédier aux rétrécissements organiques du conduit utérin, qui constituent, comme on le voit, une altération grave, sinon par eux-mêmes, du moins par les troubles fonctionnels ou les maladies dont ils peuvent devenir la cause déterminante.

Nous devons ajouter que les rétrécissements présentent leurs plus graves inconvénients pendant la période génitale de la vie de la femme, c'est-à-dire depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'âge critique. Avant la puberté et après la ménopause, cette lésion perd beaucoup de son importance.

Le pronostic des rétrécissements *spasmodiques* est subordonné à la cause provoquante du spasme utérin.

Si celui-ci est sous la dépendance d'un état nerveux général, la marctation utérine est aussi rebelle, aussi difficile à guérir que l'idiosyncrasie névropathique dont elle n'est qu'une manifestation

étreint par cette contraction, ne peut plus exécuter de mouvements qu'avec la plus grande difficulté. C'est surtout quand on retire la sonde de la cavité utérine, que ce spasme se produit. Dans ce cas, il convient de ne pas dégager brusquement la sonde, mais d'attendre que le spasme ait disparu.

Il est superflu d'ajouter que, si la simple sonde utérine de Simpson est capable de provoquer la contraction spasmodique de l'orifice cervico-utérin, à plus forte raison le porte-caustique de Lallemand, le crayon d'azotate d'argent fondu et les divers pinceaux imbibés de solutions irritantes, doivent-ils la produire, à cause de l'excitation plus vive qu'ils déterminent sur les tissus.

Chez quelques personnes ce spasme de l'orifice cervico-utérin se produit habituellement, dans les opérations de cathétérisme ou dans les cautérisations intra-utérines. Mais il est rare que ce phénomène persiste bien longtemps; peu à peu l'excès de sensibilité utérine s'émousse, et l'orifice cervico-utérin laisse passer, sans se contracter, soit les liquides provenant de la cavité utérine, soit les instruments qu'on y porte. D'ailleurs, ainsi que nous venons de le voir, le rétrécissement spasmodique n'a par lui-même aucune importance sérieuse.

Il n'en est plus ainsi du rétrécissement organique, qui fait le principal objet de ce chapitre, et qui donne naissance aux troubles fonctionnels, aux accidents variés que nous avons signalés plus haut. Nous avons indiqué de quelle manière on peut le reconnaître par le toucher, l'examen au spéculum et le cathétérisme.

MARCHE, DURÉE. — La marche du rétrécissement organique varie avec la cause qui lui a donné naissance. Est-il dû à une inflammation simple des parois utérines, il disparaît le plus souvent avec cette inflammation. Est-il occasionné par une lésion permanente, par des indurations, par des brides, etc., il persiste alors indéfiniment, et même le calibre du conduit utérin peut aller progressivement en diminuant jusqu'à son oblitération complète.

Quant à la coarctation spasmodique, elle se montre et elle disparaît avec les influences générales (émotions morales, impressions vives, crises nerveuses, etc.) ou les causes locales (excitations des organes génitaux, irritation de la muqueuse utérine, hypérémie et fluxion menstruelles, leucorrhée utérine, cautérisation ou cathétérisme intra-utérins, etc.), qui la sollicitent.

Pronostic. — Le degré du rétrécissement *organique* est d'ordinaire la mesure de sa gravité. S'il est faible, il produit seulement des troubles légers dans les fonctions utérines et une gêne quelquefois passagère à la fécondation. S'il est plus prononcé, il apporte un obstacle absolu à la fécondation et constitue une cause mécanique de stérilité ; il devient le point de départ de lésions inflammatoires graves de l'utérus et des tissus qui avoisinent cet organe ; il peut même, par la barrière qu'il oppose à l'écoulement des règles ou des produits de sécrétion utérine, aller jusqu'à déterminer une péritonite grave et les autres accidents de la rétention des menstrues, que nous décrirons dans un autre chapitre.

Le pronostic est subordonné aussi à l'étendue du rétrécissement et à son siége. En effet, plus il est étendu, plus il est difficile à guérir ; plus il est rapproché de l'orifice cervico-utérin, plus il donne lieu à de graves désordres.

Le pronostic varie encore suivant que le rétrécissement est simple ou compliqué. Il est clair, par exemple, qu'un rétrécissement offre bien moins d'inconvénients et de dangers si l'utérus est sain que si la matrice est affectée de métrite interne. Dans ce dernier cas, en effet, le rétrécissement empêche les produits morbides de s'écouler au dehors ; et les flueurs blanches, retenues dans la cavité utérine, deviennent le point de départ de douleurs vives, et l'origine d'efforts expulsifs aussi pénibles que ceux qui accompagnent l'accouchement.

Il est donc toujours d'une haute importance de remédier aux rétrécissements organiques du conduit utérin, qui constituent, comme on le voit, une altération grave, sinon par eux-mêmes, du moins par les troubles fonctionnels ou les maladies dont ils peuvent devenir la cause déterminante.

Nous devons ajouter que les rétrécissements présentent leurs plus graves inconvénients pendant la période génitale de la vie de la femme, c'est-à-dire depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'âge critique. Avant la puberté et après la ménopause, cette lésion perd beaucoup de son importance.

Le pronostic des rétrécissements *spasmodiques* est subordonné à la cause provoquante du spasme utérin.

Si celui-ci est sous la dépendance d'un état nerveux général, la coarctation utérine est aussi rebelle, aussi difficile à guérir que l'idiosyncrasie névropathique dont elle n'est qu'une manifestation

localisée. Et c'est surtout à combattre cette disposition générale qu'il faut s'appliquer.

Si la contraction utérine est liée à une simple hystéralgie, à une congestion utérine ou à une métrite, l'affection spasmodique est surtout une complication embarrassante pour le traitement de la lésion congestive ou inflammatoire; et il importe d'y remédier si l'on veut assurer le succès des moyens thérapeutiques dirigés contre la congestion ou la phlegmasie utérine.

THÉRAPEUTIQUE. — Le traitement des rétrécissements du conduit utérin se divise en traitement préservatif et en traitement curatif. — Il est bien entendu que nous ne nous occupons ici que des rétrécissements accidentels.

Traitement préservatif. — Il consiste dans l'emploi des moyens propres à éloigner ou à combattre les causes capables de déterminer une coarctation utérine. Ces causes, sur lesquelles nous avons suffisamment insisté, étant bien connues, il sera facile de les prévenir ou de les écarter, soit qu'il s'agisse d'une phlegmasie utérine, soit qu'on ait affaire à une lésion du col consécutive à un accouchement.

Nous ne voulons pas revenir sur les moyens qu'il convient de mettre en usage pour empêcher le développement des lésions productrices des rétrécissements; cependant, nous ne saurions trop appeler l'attention sur les soins que réclame la pratique des cautérisations extra- et intra-utérines, particulièrement celles qui sont faites avec la potasse caustique, le fer rouge, les acides concentrés et même l'azotate d'argent fondu. Nous avons indiqué, à l'occasion du traitement direct de la métrite interne, toutes les précautions à prendre pour prévenir cette fâcheuse conséquence de l'emploi des caustiques.

Traitement curatif. — Lorsque le rétrécissement existe, que convient-il de faire? Nous avons déjà dit qu'il fallait, avant tout, rechercher la nature et la cause de la coarctation. C'est là, nous le répétons, une condition essentielle pour le succès de toute tentative thérapeutique. Le rétrécissement est-il dû à un engorgement de l'utérus, à une inflammation de cet organe ou des tissus voisins, il faut recourir à un traitement indirect, qui consiste à combattre

l'état phlegmasique de la matrice ou des tissus ambiants. Mais si la cause est permanente, si la lésion consiste dans une déviation, dans une modification organique, matérielle, réfractaire aux agents médicinaux ordinaires, on doit la combattre par un traitement direct et chirurgical, — soit le redressement de l'utérus (dont il sera question à propos des déviations), soit la dilatation, soit l'incision des parois du conduit utérin.

Nous allons successivement étudier les divers procédés opératoires proposés pour guérir les rétrécissements organiques du col de l'utérus.

I. **De la dilatation.** — Suivant les instruments et les procédés qui servent à la produire, la dilatation se distingue en : dilatation dure, dilatation molle et dilatation forcée.

a. — *De la dilatation dure.* — Le docteur Mackinstoch (d'Édimbourg) paraît avoir eu, le premier, l'idée d'appliquer à la dilatation du conduit utérin les principes qui président à la dilatation du canal uréthral.

La dilatation dure consiste à introduire lentement et méthodiquement dans le col de l'utérus et à y laisser à demeure, pendant un temps plus ou moins long, de deux à quatre minutes, des sondes métalliques, dont on augmente progressivement le calibre. On renouvelle le cathétérisme tous les jours ou tous les deux jours.

La difficulté de maintenir en place les longues sondes proposées par Mackinstoch fit qu'on chercha de bonne heure à les remplacer par des instruments plus commodes. Simpson imagina des sondes d'une longueur de deux pouces et demi, terminées par une extrémité bulbeuse, espèce de pessaire qui est embrassé et retenu par le cul-de-sac vaginal. Simpson laissait une de ces sondes en place pendant vingt-quatre heures, et la remplaçait par une sonde de plus gros calibre.

Ce genre de dilatation se fait généralement sans douleur, à moins qu'il n'existe de l'hystéralgie, et il n'entraîne point d'accidents, si l'opération est pratiquée avec ménagements et s'il n'existe, au moment du cathétérisme, aucune phlegmasie de l'utérus ou de ses annexes qui contre-indique ces manœuvres mécaniques dans la cavité de la matrice.

L'instrument dilatateur de Reybard est-il applicable à la dilatation du conduit utérin ? C'est une simple question que nous posons là,

car nous n'avons aucune expérience personnelle qui nous permette de la résoudre d'une manière satisfaisante.

Quel est le mode d'action de la dilatation dure? Sans doute les sondes finissent par lasser la résistance des parois du canal utérin; mais ces parois sont si épaisses et pourvues d'une contractilité propre si puissante, qu'il faut un temps très-long pour que leur résistance soit vaincue. Il est donc difficile d'admettre qu'une sonde métallique puisse produire, dans tous les cas, une dilatation suffisante et définitive de la cavité du col.

Ce n'est pas à dire que nous rejetions la dilatation par les sondes et les bougies. Nous croyons seulement qu'il n'est pas possible de l'ériger en méthode générale. Ainsi, ce genre d'opération, dont les effets ne sont jamais que passagers, ne peut être appliqué avec quelque chance de succès aux coarctations dues à des brides ou à du tissu inodulaire. Mais elle peut être utile si le rétrécissement provient d'un simple retrait des parois du col. C'est ainsi que nous avons coutume d'employer la dilatation dure, sans laisser, toutefois, les sondes à demeure, dans le double but d'élargir le conduit utérin et de l'habituer à la présence de corps étrangers, en émoussant sa sensibilité avant de pratiquer la cautérisation intra-utérine.

Cette propriété du cathétérisme lent et progressif d'émousser la sensibilité des canaux membraneux a été utilisée avec fruit pour le traitement des rétrécissements spasmodiques du col utérin, comme elle l'avait été antérieurement pour la guérison des névralgies du col de la vessie. Seulement, il importe, dans les rétrécissements de ce genre, de commencer par des bougies ou des sondes de très-petit calibre, de manière à franchir aisément et sans violence le conduit ou l'orifice contracturé.

La dilatation dure peut-elle présenter quelque danger? Nous avons dit plus haut que, moyennant certaines précautions, elle n'entraîne aucun accident sérieux. Cependant M. Sims a rapporté, dans sa CHIRURGIE UTÉRINE, trois cas de dilatation par les sondes suivis de métro-péritonite grave. Nous n'avons jamais eu à déplorer de conséquences de cette nature, grâce au soin que nous avons toujours pris de nous assurer, avant de pratiquer le cathétérisme, qu'il n'existait point de métrite interne subaiguë ni d'engorgement inflammatoire des tissus péri-utérins. Nous croyons aussi qu'il est essentiel, pour prévenir tout danger, de ne jamais recourir à l'introduction de sondes ou de

bougies dans l'utérus pendant la période d'hypérémie qui précède et qui suit l'irruption menstruelle.

Nous sommes d'avis aussi qu'il ne faut point laisser les sondes à demeure, parce que leur séjour dans la cavité utérine peut occasionner des douleurs ou des phénomènes inflammatoires.

L'éponge que M. Bennett a substituée à l'extrémité bulbeuse de la sonde de Simpson, pour rendre plus facile l'emploi de cet instrument, a, suivant nous, un inconvénient très-grave, c'est de déterminer, dans un grand nombre de cas, de l'irritation vaginale.

b. — *De la dilatation forcée.* — La dilatation forcée s'exécute avec un instrument qui peut se comparer à une pince à pansement. On introduit dans la cavité du col son extrémité fermée, puis on l'ouvre en écartant graduellement les branches de la pince.

Ce genre de dilatation peut, sans aucun doute, offrir des avantages réels dans la coarctation des conduits membraneux et élastiques, qui cèdent et s'écartent sous l'influence des pressions excentriques; mais il n'en est pas ainsi du canal utérin, dont les parois épaisses, dures, résistantes et friables se froissent et se déchirent quand un effort tend à les écarter trop fortement. Nous ne sommes donc nullement de l'avis de M. Roubaud, qui conseille l'emploi de cet instrument dans les cas où le rétrécissement est dû à des indurations et à des nodosités situées sur les parois du col.

Les avantages médiocres et même très-problématiques, que pourrait procurer peut-être, dans des cas semblables, le dilatateur métallique, ne nous paraissent pas compenser suffisamment les inconvénients ou les dangers de son usage. Il vaut mieux s'en abstenir.

c. De la dilatation molle. — Certaines substances hygrométriques sont employées quelquefois avec succès pour combattre les rétrécissements du conduit utérin. M. Simpson d'abord, M. Bennett ensuite, puis dernièrement M. Sims, ont eu recours à des tentes-éponges, préparées à dessein et variables de forme et de volume.

Nous avons indiqué plus haut le procédé de préparation imaginé et recommandé par M. Sims, c'est celui qui nous a paru le meilleur et auquel nous accordons la préférence. On trouvera aussi dans ce même passage la manière d'appliquer la tente-éponge et les précautions à prendre pour la retirer. Introduite dans la cavité du col de l'utérus, elle se gonfle en absorbant l'humidité des parties envi-

ronnantes, elle écarte les parois du canal par sa force d'expansion, et, le plus souvent, sans occasionner de douleurs aux malades. Suivant le degré de dilatation que l'on veut obtenir, on retire l'éponge au bout de six, huit, douze, seize ou vingt-quatre heures; et cinq ou six jours plus tard, s'il y a lieu, on renouvelle l'opération. On continue ainsi jusqu'à ce que la dilatation du conduit utérin soit jugée suffisante.

Ce mode de dilatation n'est pas exempt d'inconvénients ni même de dangers. D'abord l'éponge ne se dilate pas toujours par elle-même d'une manière convenable, on est alors obligé de faire des injections vaginales pour aider à son expansion. Puis le séjour de ce corps étranger détermine parfois de l'irritation soit dans la muqueuse vaginale, soit dans la muqueuse utérine, tant par son contact que par la rétention des sécrétions morbides. Enfin l'éponge contracte bientôt une odeur fétide, très-incommode pour les malades.

Mais les accidents les plus redoutables sont sans contredit : la métro-péritonite et l'hémorrhagie, qu'on a quelquefois observées à la suite de l'emploi intempestif de la tente-éponge ou de son extraction violente du conduit utérin.

Pour éviter ces inconvénients et ces périls, il faut : 1° se servir d'une tente-éponge bien préparée; — 2° s'assurer, avant de l'introduire, qu'il n'existe point de phlegmasie dans l'utérus ou dans ses annexes; — 3° ne point pratiquer cette opération à une époque trop rapprochée de la période menstruelle; — 4° prescrire des injections détersives pendant le séjour de l'éponge; — 5° ne pas la laisser trop longtemps à demeure, et se hâter de la retirer si elle occasionne des douleurs persistantes; — 6° la retirer doucement, avec lenteur, avec ménagement, petit à petit, comme nous l'avons déjà prescrit; — 7° arrêter l'hémorrhagie avec le perchlorure de fer; — 8° prescrire le repos absolu, la position couchée, pendant toute la durée du séjour de l'éponge dans le conduit utérin. C'est particulièrement à cette dernière précaution que M. Sims attribue l'innocuité de la tente-éponge. Aussi recommande-t-il expressément de pratiquer toujours cette opération chez la malade elle-même.

Au lieu d'éponges préparées, quelques praticiens emploient des tentes de *laminaria digitata*, dont ils assurent avoir obtenu les meilleurs effets.

II. **Du débridement ou hystérotomie.** — Cette opération, qui consiste à pratiquer, à l'aide d'un instrument tranchant, la section du rétrécissement utérin, a été et est encore diversement jugée par les praticiens. Vulgarisée en Écosse par M. Simpson, en Amérique par MM. Sims et Emmet, elle n'a été accueillie qu'avec défiance à Londres et à Paris. Il y a peu d'années encore qu'un de nos chirurgiens les plus éminents la proscrivait comme capable de donner lieu aux plus graves accidents. Nous l'avons fréquemment pratiquée, soit dans notre service d'hôpital, soit dans notre clientèle privée, et de même que MM. Simpson et Sims, nous n'avons jamais eu à déplorer aucune conséquence funeste. Nous indiquerons bientôt quelles sont les précautions à prendre pour rendre cette opération efficace et inoffensive.

Les procédés à l'aide desquels elle se pratique sont au nombre de trois : — 1° le débridement par l'*hystérotome*; — 2° par le *bistouri*; — 3° par les *ciseaux*.

Quel que soit le procédé qu'on emploie, la femme doit être couchée comme pour l'examen au spéculum, et le col de l'utérus saisi, mis à découvert et fixé au moyen de ce dernier instrument.

a. — *Débridement par l'hystérotome ou métrotome.* — M. Simpson se sert d'un hystérotome simple, dont la forme rappelle l'uréthrotome de Reybard. L'instrument est introduit fermé dans le col utérin; puis l'opérateur le retire lentement, en faisant jouer la lame, qui incise un des côtés du canal. On a recours à une manœuvre semblable pour inciser le côté opposé.

Pour simplifier l'opération et produire d'emblée l'incision bilatérale, le docteur Greenhalg a imaginé un métrotome double ou à deux lames qui agissent simultanément et coupent du même coup les deux parois opposées du conduit cervical.

M. Mathieu a fabriqué aussi un hystérotome double dont l'action est analogue à celle du précédent, mais qui est moins compliqué et moins coûteux.

b. — *Débridement par le bistouri.* — Nous avons eu souvent recours à ce procédé qui n'exige l'emploi d'aucun instrument spécial. Voici comment nous avons l'habitude d'opérer : — On passe, au préalable, dans le conduit cervical une aiguille à tricoter ou une sonde cannelée, pour servir de conducteur au bistouri. On se sert d'un bistouri boutonné à lame étroite et courte et l'on pratique une ou plusieurs incisions, suivant que la coarctation l'exige. Quelquefois l'orifice du

museau de tanche est tellement étroit, qu'il ne permet pas d'introduire d'emblée un bistouri boutonné; dans ce cas, on commence par élargir l'ouverture au moyen d'une incision avec un bistouri droit.

c.—Double débridement par les ciseaux et le bistouri.—M. Sims opère de la manière suivante : — Le spéculum étant introduit, il attire légèrement l'utérus en avant à l'aide d'un petit ténaculum fixé au centre de la lèvre antérieure du museau de tanche, puis avec des ciseaux courbes il divise profondément le col utérin à droite et à gauche; ensuite il achève les deux incisions au moyen d'un petit bistouri mousse, en divisant de chaque côté la petite portion du tissu que les ciseaux ont épargnée par en haut, vers la cavité utérine.

Le procédé de M. Simpson, ou le débridement avec l'hystérotome, soit simple, soit double, est surtout applicable aux rétrécissements étendus et profonds, à ceux qui occupent toute la longueur du conduit cervical et à ceux qui siégent à l'orifice cervico-utérin.

Si la coarctation est très-étroite ou si l'orifice externe du museau de tanche est presque oblitéré, il est difficile d'introduire un hystérotome, et alors les deux autres procédés sont préférables. Ils ont aussi sur l'emploi des métrotomes l'avantage de mieux permettre de mesurer et d'apprécier l'étendue et la profondeur de l'incision.

Le procédé de M. Sims nous paraît un peu compliqué, puisqu'il exige l'emploi de trois instruments (ténaculum, ciseaux et bistouri); il s'accompagne généralement d'une hémorrhagie assez abondante; enfin la branche des ciseaux qui est en dehors du museau de tanche ne risque-t-elle pas de blesser la muqueuse vaginale au niveau de son insertion au col de l'utérus? Nous faisons ces réserves, n'ayant jamais eu recours nous-mêmes à l'opération recommandée par M. Sims. Cependant, s'il faut en croire cet honorable chirurgien, il n'a eu qu'à se louer du double débridement par les ciseaux et le bistouri.

Les deux accidents à redouter et à prévenir à la suite du débridement, quel que soit le procédé qu'on emploie, sont : une hémorrhagie, et une métro-péritonite. L'hémorrhagie est un accident primitif; la métro-péritonite, un accident consécutif.

L'hémorrhagie s'observe après les débridements utérins, lorsque les incisions ont été multipliées ou très-profondes. Elle se produit aussi lorsque les opérées, au lieu de garder le repos, à la suite de l'opération, font des mouvements, des courses ou même simplement un voyage en voiture.

Étant connues les causes habituelles de ces hémorrhagies, il est toujours facile de les prévenir ou de les réprimer.

Il faut, avant tout, ne point pratiquer d'incisions trop étendues et trop profondes. Il suffit que la section intéresse la partie rétrécie sans aller au delà et donne lieu à un degré de dilatation capable d'admettre une bougie de moyen calibre.

Il importe aussi que le débridement soit fait dans la chambre même de la malade, afin que l'opérée ne soit pas obligée de se déplacer après l'opération. Cette précaution est indispensable, et nous insistons fortement pour qu'elle ne soit pas négligée.

Pour prévenir ou arrêter l'hémorrhagie, on a recours à l'emploi du perchlorure de fer. On touche les parties incisées avec une petite éponge imbibée de la solution hémostatique. Si l'hémorrhagie n'est pas réprimée par ce moyen, on interpose entre les lèvres des deux plaies un bourdonnet de charpie imbibée de solution de perchlorure de fer étendue de moitié d'eau; puis, pour maintenir et consolider ce pansement, on applique contre le museau de tanche un tampon d'ouate ou de charpie humecté d'eau fraîche ou de glycérine.

Ce tampon de charpie ou d'ouate glycériné doit être renouvelé tous les jours, pendant quatre ou cinq jours. C'est alors seulement qu'on peut retirer avec précaution les bourdonnets intra-cervicaux, et, si l'écoulement de sang est entièrement arrêté, permettre à l'opérée de se lever. Pendant les jours qui suivent et jusqu'à ce que les incisions soient cicatrisées, c'est-à-dire jusqu'au quinzième ou vingtième jour, il faut pratiquer un pansement avec un tampon d'ouate enduit de cérat, de pommade de concombre ou de glycérine.

Les précautions que nous venons d'indiquer, celle surtout de prescrire aux malades le repos absolu et la position horizontale pendant les quatre ou cinq jours qui suivent l'opération, suffisent pour prévenir le développement d'une métro-péritonite.

Une autre précaution non moins indispensable pour éviter ce grave accident, c'est de s'assurer qu'il n'existe pas de phlegmasie périutérine, et d'ajourner l'opération jusqu'à la guérison de cette complication, si l'on en reconnaît l'existence.

Il ne suffit pas de débrider les parties rétrécies pour obtenir la cure de la coarctation; il faut encore empêcher le rétrécissement de se reproduire et rendre la dilatation permanente

Pour obtenir ce résultat, il est de toute nécessité d'empêcher le contact des lèvres de la plaie, de maintenir les incisions béantes et de s'opposer à leur réunion immédiate.

On a proposé, dans ce but, d'introduire et de laisser à demeure dans le museau de tanche un cône d'éponge préparée. Cette substance, s'imbibant de sang et de mucosités, se gonfle peu à peu, dilate le conduit utérin et maintient écartées les lèvres de l'incision; il faut avoir soin que le morceau d'éponge soit assez petit pour ne pas déterminer une distension trop considérable qui donnerait lieu à de très-vives souffrances. Les liquides morbides dont s'imprègne l'éponge ne tardent pas à répandre une odeur fétide et à devenir pour les tissus voisins une cause d'irritation inflammatoire. C'est un inconvénient, un danger même, qu'on ne peut prévenir qu'en renouvelant l'éponge tous les deux ou trois jours. Un inconvénient non moins grave, mais auquel on remédie encore de la même manière, c'est l'oblitération artificielle du conduit utérin, d'où résulte la rétention des règles ainsi que des mucosités utérines, et partant la reproduction des accidents qu'on a voulu conjurer par le débridement.

Néanmoins, si l'on a recours à l'éponge préparée, on en continuera l'application jusqu'à ce que, les deux surfaces de la plaie étant cicatrisées isolément, on n'ait plus à craindre leur affrontement et leur adhésion réciproque.

Mais, en dépit de toutes les précautions, on obtient difficilement un résultat satisfaisant par ce procédé; car, chaque fois qu'on renouvelle l'éponge, on fait saigner les surfaces traumatiques et l'on contrarie le travail de réparation en partie effectué. Il en résulte, en définitive, une inflammation adhésive et une cicatrisation vicieuse. C'est un moyen trop défectueux pour que nous soyons portés à le conseiller.

Les sondes et les bougies, les sondes de caoutchouc surtout, qu'on place à demeure dans le conduit cervical, nous paraissent préférables; car elles laissent une libre issue à l'écoulement du sang menstruel et des liquides utérins.

Toutefois nous ne pensons pas qu'il soit toujours prudent de laisser ainsi séjourner un corps étranger, rigide et dur, dans la cavité utérine, en contact avec une muqueuse enflammée et des tissus récemment divisés.

Aussi avons-nous imaginé un moyen qui met à l'abri de ces dan-

gers, tout en assurant les bienfaits du débridement. Il consiste à cautériser, aussitôt après l'incision, les lèvres de la plaie avec un pinceau intra-utérin, imbibé d'une solution d'azotate d'argent. On répète la cautérisation tous les deux ou trois jours jusqu'à la prochaine époque menstruelle; et généralement, au bout de vingt à vingt-cinq jours, la cicatrisation est complète. On cesse alors la cautérisation; l'oblitération du conduit utérin n'est plus à craindre.

Ce procédé n'est point douloureux et n'est suivi d'aucun accident. Il s'oppose à toute hémorrhagie consécutive et permet un écoulement facile aux liquides provenant de la cavité utérine. Non-seulement nous n'avons jamais vu de rétrécissement se reproduire après son emploi; mais le conduit utérin a toujours conservé très-exactement le diamètre que lui avait donné l'incision.

Nous croyons qu'il est préférable même à la tige dilatatrice du docteur Priestley recommandée par M. Sims. C'est une espèce de sonde à deux branches articulées, qu'on écarte lorsque l'instrument est introduit dans le canal cervico-utérin. Cette manœuvre de dilatation doit être pratiquée plusieurs jours de suite.

CHAPITRE XII.

HYPERTROPHIE DE L'UTÉRUS.

Définition. — A propos de la *métrite parenchymateuse*, nous avons dit qu'il ne fallait pas confondre l'engorgement de la matrice avec son hypertrophie. Ces deux lésions, en effet, n'offrent entre elles que des analogies apparentes et grossières, ce qu'on pourrait appeler des ressemblances de forme; tandis qu'elles diffèrent essentiellement par leur origine nosologique, leur mode d'évolution et surtout par leurs caractères histologiques.

Nous signalerons ces différences à mesure que l'occasion s'en présentera, notamment à propos des causes, de l'anatomie pathologique et de la marche de l'hypertrophie.

Mais nous dirons, dès maintenant, pour définir l'hypertrophie utérine, qu'elle consiste dans une augmentation de volume et de

densité de la matrice, sans altération de ses composants anatomiques normaux et sans interposition d'aucun élément hétéromorphe.

DIVISION. — L'hypertrophie peut être *totale* ou *partielle* : la première envahit à la fois le corps et le col de l'utérus; la seconde n'occupe que l'un de ces deux segments.

L'hypertrophie totale est moins fréquente que l'hypertrophie partielle.

Celle-ci affecte bien plus rarement le corps que le col de matrice.

ARTICLE PREMIER.

HYPERTROPHIE DU COL UTÉRIN.

L'hypertrophie du col de la matrice a été l'objet de persévérantes études de la part de M. Huguier, qui a consigné le fruit de ses longues recherches dans un volumineux mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1859.

La description de cette lésion a été tracée d'une manière si fidèle et si complète dans ce travail; elle est, en même temps, si conforme aux résultats de notre propre observation, que nous ne pouvons mieux faire que d'en reproduire les traits principaux, tout en signalant, chemin faisant, quelques exagérations auxquelles l'auteur s'est laissé entraîner parfois.

L'hypertrophie porte généralement sur l'ensemble des dimensions du col utérin. Cependant c'est sur le diamètre longitudinal que se remarque l'augmentation la plus sensible. De là les noms d'*hypertrophie longitudinale* ou d'*allongement hypertrophique* du col de l'utérus, qui ont été donnés à cette lésion par M. Huguier.

Une subdivision indiquée par cet auteur et que nous croyons très-justifiée dans la pratique, c'est celle qui distingue deux variétés d'hypertrophie du col :

1° L'hypertrophie du museau de tanche ou de la *portion sous-vaginale du col.*

2° L'hypertrophie de la *portion supérieure* ou *sus-vaginale* du col.

Ces deux variétés, pouvant se présenter isolément, doivent être chacune l'objet d'une description particulière.

§ I. — Hypertrophie infra-vaginale, ou allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col utérin.

Caractères anatomiques et signes physiques. — Dans l'hypertrophie *sous-vaginale*, qu'on pourrait encore appeler *infra-vaginale*, du col de l'utérus, le museau de tanche seul prend part à l'allongement. Il forme, dans le vagin, une saillie de forme et de longueur variables.

La forme est tantôt cylindrique, tantôt conique, quelquefois ovoïde.

La longueur varie de 3 à 7 centimètres.

L'extrémité supérieure, qui est ordinairement la plus grosse, représente la *base* de la tumeur; — l'extrémité inférieure, qui est habituellement la plus petite, représente le *sommet*.

La base ou extrémité supérieure de la tumeur est adhérente ; elle correspond à la partie la plus élevée du vagin, à l'insertion même de ce conduit sur le col; elle se continue avec le corps de l'utérus.

Le sommet ou extrémité inférieure est libre ; il s'approche de l'ouverture du vagin, et même s'engage quelquefois entre les lèvres de la vulve.

Dans quelques cas rares, cette extrémité est plus volumineuse que l'extrémité supérieure, ce qui donne à l'ensemble de la tumeur l'apparence ou le faux air d'un polype.

La partie centrale de l'extrémité inférieure, quelle que soit sa forme, présente toujours une dépression ou une fente, qui est l'orifice utéro-vaginal ou l'ouverture du museau de tanche.

Les lèvres du col utérin offrent des dispositions variables qu'il importe de connaître. Tantôt elles forment autour de l'orifice utérin une sorte de bourrelet circulaire, épais lorsque le col est médiocrement hypertrophié, beaucoup plus mince lorsque l'allongement hypertrophique est plus marqué; tantôt la lèvre antérieure et la lèvre postérieure, profondément séparées sur leurs parties latérales, s'allongent isolément, s'amincissent et s'effilent en avant, de manière à donner au museau de tanche une disposition bifide très-prononcée. Dans ce cas, les lèvres ont quelquefois une longueur égale ; mais le plus souvent aussi l'une d'elles, ordinairement l'inférieure, est plus longue que l'autre, la dépasse de 1 ou de 2 centimètres, d'où il résulte que le museau de tanche se termine en bec de flûte.

Une particularité digne d'être notée, et sur laquelle M. Huguier insiste avec raison, c'est que, dans l'allongement hypertrophique sous-vaginal, le vagin n'est point invaginé ou renversé sur lui-même. Aussi le doigt introduit dans les organes sexuels reconnaît-il que l'extrémité supérieure du conduit est placée aussi haut ou presque aussi haut qu'à l'état normal, et que le reste de l'utérus a conservé ses rapports habituels avec les autres organes du petit bassin.

Le tissu propre de la matrice n'a subi aucune altération histologique. Les vaisseaux qui se ramifient dans l'épaisseur de la substance sont plus dilatés, plus volumineux que dans un utérus non hypertrophié, ainsi que les veines du plexus utéro-vaginal.

Les follicules muqueux de la région cervicale, participant aussi de l'hypertrophie de la substance propre, sont dilatés et plus saillants qu'à l'état ordinaire.

Un fait remarquable, c'est que jamais, du moins jusqu'à présent, l'hypertrophie sous-vaginale du col n'a été rencontrée avec celle de la portion sus-vaginale.

L'hypertrophie du col utérin est tantôt simple, tantôt compliquée de métrite interne ou externe, de tumeurs fibreuses, de déviations, d'abaissement et de descente de la matrice. L'existence de l'hypertrophie simple, indépendante de toute lésion phlegmasique de l'utérus, est généralement reconnue, et justifie pleinement la distinction que nous avons établie entre l'état hypertrophique et l'engorgement inflammatoire. Cependant cette distinction n'est point admise par quelques gynécologistes qui font provenir l'hypertrophie de la persistance d'une métrite.

Symptômes fonctionnels. — Ils sont souvent nuls au début, et quelquefois c'est d'une manière toute fortuite que se révèle l'hypertrophie de la portion sous-vaginale du col utérin.

Mais quand l'allongement hypertrophique est assez prononcé, il détermine dans le vagin un sentiment de pesanteur incommode, parfois accompagné de tiraillements vers les aines et vers les lombes. Lorsque les malades s'asseyent, surtout un peu vivement, elles éprouvent la sensation d'un corps dur et mobile qui s'abaisse, vient peser sur la vulve ou sur l'anus, et semble remonter ensuite vers le ventre. Il arrive aussi que la tumeur hypertrophique vient faire saillie à l'orifice vulvaire, pendant la station verticale prolongée, sous l'influence des efforts, des mouvements énergiques et réitérés, de la

marche, de la course, du saut, de l'équitation, et qu'elle rentre spontanément sitôt que les mouvements ou les efforts cessent, ou lorsque les malades se couchent.

Les rapports sexuels sont quelquefois difficiles, en raison de l'oblitération du vagin par la tumeur, mais ils sont rarement douloureux. On comprend de quelle manière l'allongement hypertrophique du col utérin peut apporter des obstacles sérieux à la fécondation. Suivant M. Marion Sims, « si le col se projette d'un demi-pouce dans le vagin, la stérilité est très-probable; si la projection est d'un pouce, elle est presque certaine; si l'allongement est d'un pouce et demi ou deux, la stérilité devient absolue. »

Tant que la partie hypertrophiée reste enfermée dans le vagin, elle n'est le siége d'aucune altération morbide, et la fonction cataméniale s'accomplit régulièrement. Mais si le museau de tanche dépasse l'orifice vulvaire, son tissu s'altère et s'irrite au contact de l'air, ainsi que sous l'influence des frottements et des autres violences extérieures auxquelles il est exposé. La muqueuse qui tapisse le museau de tanche et les follicules muqueux des deux lèvres du col ne tardent pas à présenter tous les caractères de l'inflammation : rougeur, tuméfaction, hyperesthésie, augmentation et modification de la sécrétion normale. Il n'est pas rare de voir la surface du museau de tanche se couvrir de granulations, son épithélium s'exfolier, et faire place à des érosions ou même plus tard à des ulcérations simples.

La sécrétion devient alors franchement morbide, abondante, épaisse, séro-muqueuse, muco-purulente ou sanguinolente.

La menstruation se dérange; quelquefois elle se supprime pendant une ou deux périodes; mais le plus souvent elle s'accompagne de ménorrhagie, ou bien elle alterne avec de véritables pertes.

A ces altérations anatomiques et fonctionnelles s'ajoutent des douleurs souvent opiniâtres et vives, s'irradiant dans toute la région pelvienne, dans le bas-ventre, dans les lombes, dans les cuisses et jusqu'à l'épigastre; des élancements pénibles, des pesanteurs gênantes, qui rendent la marche difficile et qui s'exagèrent à l'occasion de toute espèce de mouvement et d'effort.

La constipation est habituelle dans ce degré d'allongement hypertrophique; les garderobes sont fort douloureuses, et souvent accompagnées d'épreintes anales.

Les fonctions de la vessie sont généralement régulières; chez

quelques femmes seulement la miction devient plus fréquente.

Dans l'état que nous venons de décrire, l'inflammation du col utérin peut se propager et se propage souvent au reste de l'utérus, notamment à la membrane muqueuse qui tapisse sa cavité; quelquefois aussi la phlegmasie envahit les organes ou les tissus périutérins, et l'allongement hypertrophique se complique, ainsi que nous l'avons déjà dit, d'un état congestif ou inflammatoire des ovaires ou du tissu cellulaire des ligaments larges.

Ces malaises, ces souffrances, réagissent aussi sur la santé générale et provoquent des troubles éloignés ou sympathiques divers : des crises nerveuses, des phénomènes névralgiques variés, notamment la gastralgie, l'insomnie, la tristesse, l'ennui, la pâleur, l'amaigrissement, l'altération des traits, l'anémie, tous les signes, en un mot, d'une perturbation grave dans les actes intimes de la nutrition.

Diagnostic. — Les caractères diagnostiques propres à l'élongation hypertrophique de la portion sous-vaginale du col utérin sont faciles à constater par le toucher, le spéculum et l'hystérométrie.

Toucher vaginal. — Le doigt, après avoir franchi l'orifice vulvaire, au lieu de pénétrer librement dans le vagin, rencontre à une distance variable de la vulve la tumeur formée par le col hypertrophié, avec tous les caractères précédemmment décrits. En décrivant un mouvement circulaire autour de cette tumeur, il permet de reconnaître qu'elle est isolée, libre de toute adhérence avec la paroi vaginale; enfin, en poussant plus loin l'exploration, on constate que le vagin a conservé sa longueur, que son cul-de-sac est à peu près à la hauteur normale, et que la base de la tumeur tient la place du museau de tanche. Le plus ordinairement, cet examen se fait sans provoquer ni douleur ni effusion de sang.

Examen au spéculum. — Pour bien examiner un allongement hypertrophique du col et reconnaître ses diverses variétés, M. Huguier conseille, avec raison, de se servir d'un spéculum à deux ou mieux à quatre valves, d'un calibre un peu plus considérable que celui dont on se sert habituellement, afin que la tumeur tombe facilement et entièrement dans l'aire de l'instrument. L'introduction et les manœuvres du spéculum ne se font pas toujours sans un certain embarras et sans quelques douleurs, en raison de l'obstacle qu'apporte à l'exploration le col hypertrophié et remplissant en partie le vagin. Il importe surtout de veiller à ce que le spéculum ne glisse

pas entre les parois vaginales et la tumeur; dans ce but, il vaut mieux employer l'instrument sans embout.

Hystérométrie. — On peut recourir à l'emploi de l'hystéromètre pour deux raisons, soit pour compléter le diagnostic, s'il existe des doutes sur la nature de la lésion, soit pour mesurer l'étendue de l'allongement une fois reconnu.

L'hystérométrie est rarement nécessaire pour constater avec certitude l'existence de cette lésion; le plus souvent le toucher vaginal et l'examen au spéculum fournissent des données suffisantes. Si, cependant, ces deux modes d'investigation laissaient le diagnostic incertain, ou s'ils étaient impossibles à pratiquer, on pourrait recourir avec avantage à l'exploration hystérométrique.

Mais l'hystérométrie est surtout utile pour apprécier la mesure de l'élongation.

« L'hystéromètre, porté dans la cavité utérine, pénètre à une profondeur qui varie de 8 à 13 centimètres, — au lieu de 5 et demi à 6 et demi, qui est la longueur habituelle; — et la main gauche portée sur l'hypogastre sent que le fond de la matrice est dans sa position naturelle. » (Huguier.)

Cette opération doit être pratiquée avec la plus grande prudence et seulement dans les cas où elle est jugée utile ou nécessaire. Il faut s'en abstenir s'il existe quelque complication phlegmasique dans la région périutérine, ou si l'hypertrophie du col utérin s'accompagne de douleurs ou de métrorrhagie.

Les maladies qu'on peut le plus souvent confondre avec l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col sont la descente de la matrice, le renversement et les polypes utérins.

Longtemps la confusion a été facile entre l'allongement hypertrophique du col utérin et l'abaissement de la matrice; il suffisait, en effet, qu'on rencontrât le museau de tanche proche de la vulve pour que, sur cette simple indication d'un examen superficiel, on crût à l'existence d'une descente utérine. Mais aujourd'hui, grâce aux progrès du diagnostic et aux ressources des méthodes d'exploration vaginale et utérine, l'erreur sur ce point n'est plus permise à un praticien dûment prévenu ou suffisamment expérimenté.

Voici d'ailleurs les caractères différentiels des deux affections, fort bien décrits par M. Huguier. — Dans l'abaissement et dans la descente, la totalité de l'utérus, col et corps, sont projetés vers la vulve;

le vagin est raccourci; le cul-de-sac utéro-vaginal est abaissé; l'extrémité supérieure du vagin adhérente au col est renversée, invaginée dans la portion inférieure de ce conduit, et cela en raison du degré de descente de l'utérus. Dans l'allongement hypertrophique, au contraire, le corps et le fond de l'utérus ont conservé leur place, le vagin sa longueur et sa hauteur normales, sans avoir éprouvé aucun degré d'invagination.

Si, à l'aide du doigt introduit dans les organes sexuels, on parvient à remonter la matrice à sa place et avec elle les parois vaginales abaissées, si en même temps on sent au fond du vagin un simple mamelon formé par le museau de tanche avec tous ses caractères anatomiques ordinaires, il est permis d'inférer qn'on a affaire à une chute de la matrice. Dans l'allongement hypertrophique, lors même qu'il serait compliqué de descente utérine, le doigt sent, lorsqu'il a remonté cet organe et rendu au vagin sa longueur, il sent au fond de ce conduit, non la saillie mamelonnée du museau de tanche, mais une tumeur conoïde ou cylindrique qui descend vers la vulve.

Indépendamment des commémoratifs, dont il est toujours nécessaire de s'éclairer, l'allongement hypertrophique du col utérin se distingue de l'inversion ou renversement de la matrice aux signes suivants : — Dans l'élongation hypertrophique, le corps utérin conserve sa forme et sa situation habituelles; il est aisé d'en constater la présence dans l'espace recto-vésical par le palper hypogastrique, le toucher vaginal et le toucher rectal, notamment par la combinaison de ces divers modes d'examen. Dans l'inversion utérine, le corps de la matrice étant renversé dans le vagin n'occupe plus sa place ordinaire; son fond, au lieu de faire saillie dans la région hypogastrique, se rapproche de l'ouverture vulvaire, qu'il écarte ou même qu'il franchit quelquefois. — Dans l'allongement hypertrophique la tumeur offre généralement l'aspect d'un cylindre ou d'un cône renversé; sa surface est lisse, polie et d'une teinte rosée; son sommet est percé d'une ouverture qui est l'orifice du museau de tanche. Dans l'inversion utérine, au contraire, la tumeur est piriforme; elle présente l'apparence d'un cône à sommet supérieur et à base inférieure; sa surface est rouge, tomenteuse, souvent boursouflée; elle est le siége d'une sécrétion muqueuse abondante; l'extrémité inférieure ou libre de la tumeur n'est percée d'aucune ouverture. Si, par exception, la tumeur présentait une dépression qui, à l'œil, eût de l'analogie avec

l'orifice utérin, l'extrémité de l'hystéromètre portée sur ce point lèverait tout de suite la difficulté.

Voici, d'après M. Huguier, à quels caractères on distingue l'allongement hypertrophique du col utérin d'un polype de la matrice descendu dans le vagin. « Si c'est un allongement du col, quel que soit le soin avec lequel le doigt ou l'extrémité de l'hystéromètre cherche à reconnaître vers la base de la tumeur un bourrelet ou un anneau qui l'embrasse plus ou moins étroitement, il n'y réussira pas; il ne trouvera pas davantage, sur un des points de la circonférence de cette base, soit une ouverture, soit une fissure, dans laquelle il puisse s'engager pour pénétrer dans la cavité de la matrice. Au contraire, dans les cas de polype, si l'on examine avec attention la base de la tumeur, ou pédicule, on trouve autour d'elle un anneau ou un bourrelet embrassant ou étreignant plus ou moins complétement cette base; le doigt ou l'extrémité de l'hystéromètre pourra être porté en dedans du bourrelet, et de là dans la cavité de l'utérus.

« Si le polype a pris naissance dans la partie inférieure du col et se confond insensiblement avec une des lèvres, et par suite avec la portion correspondante du vagin, on sent et l'on trouve alors du côté opposé un demi-bourrelet et une ouverture irrégulière ou semi-lunaire par laquelle l'hystéromètre pénètre dans la cavité utérine. Il n'y a alors que l'hypertrophie isolée d'une des lèvres du col qui puisse causer de l'incertitude. La couleur, la consistance, la forme et la sensibilité de la tumeur, qui en général ne sont pas les mêmes dans les deux cas, tireront d'embarras. »

Enfin M. Huguier signale une dernière lésion, beaucoup plus rare que les précédentes, et qui peut être confondue avec l'allongement hypertrophique, c'est l'hydropisie du col utérin. Mais on la reconnaîtrait à la mollesse de la tumeur, à sa fluctuation, à l'absence d'un bourrelet à sa base; une simple ponction ou l'élargissement de l'orifice rétréci suffirait, en définitive, pour vider la tumeur et faire disparaître toute incertitude.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — L'allongement hypertrophique du museau de tanche est une affection essentiellement chronique. Elle se développe d'une manière lente, insensible, sans troubles, sans accidents manifestes au début, jusqu'au jour où elle se révèle, soit par l'excès même de son accroissement et par son issue à travers

la vulve, soit fortuitement à l'occasion d'un effort, d'une chute, d'une gêne persistante dans les rapprochements sexuels, etc.

Rien n'autorise à admettre que cette lésion disparaisse spontanément; on l'a rencontrée sur des femmes avancées en âge, et tout porte à penser que dans les cas de cette espèce, elle était d'une origine déjà ancienne.

PRONOSTIC. — Il varie suivant le degré de développement de l'hypertrophie, la forme qu'elle affecte, les troubles fonctionnels et les accidents qu'elle détermine. « Elle peut n'être considérée que comme une incommodité tant qu'elle ne cause pas de douleurs, ni de troubles dans les fonctions de l'utérus ou dans celles des organes qui l'entourent (Huguier) ». Mais quand, par ses progrès ou par les complications qu'elle provoque, elle vient, comme il a été dit plus haut, jeter une perturbation plus ou moins profonde, non-seulement dans l'ensemble de l'appareil génital, mais encore dans le reste de l'organisme, c'est alors une lésion avec laquelle il faut compter et qui nécessite l'intervention prompte et directe de l'art.

L'allongement hypertrophique doit toujours préoccuper à un autre point de vue, celui des obstacles quelquefois absolus qu'il apporte à la fécondation. On ne doit pas oublier, en effet, que cette affection peut être une cause de dysgénésie ou de stérilité; cause toute mécanique, qu'il importe de faire disparaître chez une jeune femme soucieuse de son infécondité et jalouse de devenir mère.

TRAITEMENT. — Si la malade approche de la ménopause, si sa position ou son âge lui interdisent l'espoir de devenir mère, si l'affection est encore à son début, si elle n'occasionne que de légères incommodités, on doit s'en tenir à l'emploi de moyens palliatifs : injections vaginales rafraîchissantes et astringentes; laxatifs doux; ceinture hypogastrique; pessaires releveurs utérins, notamment celui de M. Bornier, pelotes périnéales; précautions hygiéniques ayant surtout pour objet d'éviter les efforts, les mouvements violents, les fatigues corporelles, les excitations génésiques, les irritations des organes sexuels, etc.

Dans les cas où il est utile d'obtenir la guérison de l'allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col utérin, on a recours à des moyens très-divers par leur efficacité.

Les émissions sanguines locales, — sangsues ou ventouses scari-

fiées sur le col utérin, — sont tout à fait insuffisantes et pourraient être rangées à bon droit parmi les agents palliatifs. Nous les considérons comme impuissantes à faire retrocéder la lésion ou à en arrêter les progrès; c'est prendre une peine inutile que de s'y arrêter trop longtemps.

La cautérisation avec le nitrate d'argent ou avec les acides ne peut donner également que des résultats peu satisfaisants. Nous en dirons de même de la cautérisation avec le nitrate acide de mercure, qui présente, en outre, d'assez graves inconvénients, en raison du nombre de fois qu'on est obligé de la répéter et de la nature particulièrement dangereuse du caustique.

Le caustique de Vienne solidifié, ou caustique de Filhos, qui détruit plus profondément les tissus, et la cautérisation avec le fer rouge, dont l'action destructive est plus énergique encore, peuvent convenir dans les allongements hypertrophiques de 2 à 4 centimètres, principalement lorsque l'élongation se complique d'un engorgement, d'un ramollissement, d'un état fongueux ou variqueux du col.

Ces cautérisations profondes, énergiques, sont formellement contre-indiquées comme inutiles, lorsque l'hypertrophie dépasse 5 centimètres, et comme nuisibles, lorsque l'hypertrophie du col se complique d'un état hypérémique ou inflammatoire des tissus péri-utérins.

« Quand un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents prononcés; quand il constitue un obstacle notoire à la fécondation; quand il a résisté aux moyens précédemment indiqués, ou bien lorsqu'il se présente à une période très-avancée de son évolution, offrant une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen à employer, c'est la résection du col. » (Huguier.)

Cette opération peut se pratiquer par trois procédés : l'écrasement linéaire (Chassaignac), l'amputation avec le bistouri (Dupuytren, Lisfranc, Huguier), l'excision avec des ciseaux (Marion Sims).

a. — L'*écrasement linéaire* est rejeté par MM. Huguier et Marion Sims, qui lui reprochent de rendre l'opération longue et « affreusement douloureuse », de provoquer des syncopes et des accidents nerveux, de donner une surface lacérée se cicatrisant difficilement et avec lenteur. Ces praticiens objectent aussi le peu de certitude que l'on a de placer l'anse de la chaîne de l'écraseur sur le point précis de l'amputation. « On peut même s'exposer, surtout s'il existe un relâ-

chement des parois vaginales, à atteindre une portion de ces parois, et même à pincer la vessie ou à ouvrir le péritoine. Ces deux accidents sont arrivés dans un cas emprunté à la clinique de Langenbeck. La malade mourut au troisième jour. On trouva à l'autopsie une perforation de la vessie et du péritoine. M. Marion Sims rapporte aussi, dans le chapitre IV de sa *Chirurgie utérine*, qu'en pratiquant l'ablation d'un col utérin cancéreux à l'aide de l'écraseur linéaire, il emporta les deux tiers environ du cul-de-sac postérieur du vagin. Une suture métallique fut pratiquée immédiatement pour remédier aux conséquences de cette grave méprise. L'opérée fut atteinte d'une péritonite qui mit ses jours en danger. Elle succomba huit ou dix mois après à la récidive cancéreuse.

A l'égard de ces faits, nous ne pouvons nous empêcher de faire observer qu'il s'agissait, non point d'hypertrophie simple, mais dans un cas (Langenbeck) d'une tumeur épithéliale, et dans l'autre (Sims) d'une tumeur cancéreuse. N'est-il pas permis de croire dès lors que les parois du cul-de-sac vaginal étaient altérées déjà ou rendues plus friables par la propagation de la lésion du col utérin, et qu'on doit attribuer l'insuccès de l'opération bien moins à l'instrument qu'à la nature même et aux progrès de l'altération pathologique?

Toutefois M. Huguier reconnaît à l'écrasement linéaire l'avantage de mettre l'opérée plus sûrement que les autres procédés à l'abri d'une hémorrhagie. Il conseille donc l'emploi de ce moyen spécialement lorsque la base de la tumeur est volumineuse, pourvue de plusieurs artères dont on sent les battements, lorsque la malade est chlorotique et d'une grande faiblesse de constitution.

b. — L'*amputation* du col utérin hypertrophié *à l'aide du bistouri* est décrite dans tous les traités de médecine opératoire. On la pratique conformément aux règles posées par Dupuytren, Lisfranc et Kiwisch, etc. Seulement nous croyons, avec M. Huguier, qu'il ne faut point, comme le veulent ces opérateurs, exercer des tractions sur l'utérus de manière à l'amener le plus près possible de l'ouverture vulvaire. « Il importe, au contraire, — si l'on ne veut pas avoir d'accidents inflammatoires consécutifs, — d'éviter tout tiraillement des ligaments utérins. »

c. — M. Sims opère avec des *ciseaux*. Son procédé comprend trois temps : dans le premier, l'opérateur fend le col utérin des deux côtés, près de l'insertion du vagin ; dans le deuxième temps, il enlève

vivement le segment antérieur, puis le segment postérieur; dans le troisième temps, il recouvre la surface coupée avec la membrane muqueuse vaginale, pour obtenir une réunion par première intention et une guérison plus rapide. M. Sims traverse d'avant en arrière les bords de la plaie avec quatre sutures d'argent, deux de chaque côté du canal cervical, ce qui ramène la membrane vaginale par-dessus la plaie du col, qu'elle recouvre complétement, sauf une petite ouverture ovale réservée au centre et correspondant à celle du canal cervical. Les sutures peuvent être retirées au bout de neuf ou dix jours.

Quel que soit le procédé que l'on suive, il est toujours utile d'anesthésier la malade, mais surtout si l'on emploie l'écraseur linéaire, en raison de la longueur plus grande de l'opération et des douleurs plus vives qu'elle occasionne. Il faut aussi amputer le col de l'utérus sur place, sans chercher à l'attirer avec effort vers la vulve; on doit, enfin, suivant la recommandation expresse de M. Huguier, commencer les incisions sur le col à un demi-centimètre environ au-dessous de l'insertion du vagin, afin d'être moins exposé à ne pas blesser ce conduit et de ne pas affaiblir cette insertion, qui, si la femme devenait enceinte, serait plus disposée à se rompre pendant le passage de l'enfant, ou dans les manœuvres d'un accouchement artificiel.

S'il survient une hémorrhagie à la suite de l'opération, on l'arrête promptement au moyen de la solution de perchlorure de fer.

Les jours suivants, on prescrit le repos absolu, la position horizontale, des injections vaginales avec de l'eau fraîche, de l'eau acidulée ou faiblement astringente, etc.

La durée de la cicatrisation varie de trois à cinq semaines. Dix ou douze jours suffisent dans le procédé de M. Sims.

Faite dans des conditions favorables, l'amputation du col utérin réussit le plus souvent. Lisfranc l'a pratiquée 97 fois et n'a perdu que deux malades. M. Huguier a fait trente amputations du col sans aucun revers. M. Sims a perdu une seule malade sur cinquante opérées.

Il est un genre de complications qu'il importe d'éloigner et de combattre avant de recourir à l'amputation du museau de tanche hypertrophié : c'est l'existence d'une phlegmasie périutérine. Une opération prématurée pourrait amener des accidents graves en dé-

terminant dans ces tissus une recrudescence inflammatoire, une ovarite, une pelvi-péritonite, etc. Nous sommes d'avis de différer l'opération jusqu'à ce qu'un traitement préalable ait écarté ces fâcheuses éventualités.

§ II. — Allongement hypertrophique supra-vaginal ou de la portion sus-vaginale du col de l'utérus.

M. Huguier a émis l'opinion que « la maladie désignée sous les noms de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète* de la matrice, n'est autre chose, dans la très-grande majorité des cas, qu'une hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale de l'utérus.

Cette doctrine a été vivement combattue, au sein de l'Académie de médecine, par M. Depaul ; nous y reviendrons à l'occasion du diagnostic et des complications ; mais nous tenons à dire, dès maintenant, qu'une pareille proposition ne saurait être admise sans de grandes réserves.

Caractères anatomiques. — Dans cette affection, dit M. Huguier, la matrice, mais principalement la portion sus-vaginale du col et la partie inférieure du corps ont subi un allongement hypertrophique tel que la longueur totale de l'organe varie entre 11 et 24 centimètres.

La partie allongée a généralement conservé son épaisseur et sa longueur naturelles.

Le corps de la matrice participe quelquefois, mais rarement, au mouvement hypertrophique.

Le museau de tanche (portion sous-vaginale du col) ne fait plus ou presque plus de relief dans le vagin ; le cul-de-sac vaginal est effacé, et, pour le faire reparaître, il faut réduire la tumeur et rendre aux parois utérines et vaginales la direction propre à chacune d'elles.

Si la maladie existe depuis longtemps, le museau de tanche est habituellement le siége d'une hypertrophie excentrique, qui peut présenter jusqu'à 7 centimètres d'étendue transversalement.

Quant à l'orifice du museau de tanche, ses dimensions sont très-variables ; il est quelquefois rétréci, le plus souvent dilaté.

Généralement, le col fait hors de la vulve une saillie qui peut aller jusqu'à 8, 9 et 10 centimètres, renversant les parois vaginales, les

entraînant avec lui, ainsi que l'urèthre, et se confondant avec eux en une tumeur unique.

Dans le plus grand nombre des cas, le corps de l'utérus est porté en avant, de sorte que l'ensemble de la matrice présente une courbure à concavité antérieure embrassant la vessie et le pubis. Plus rarement, l'utérus est en rétroflexion.

Le parenchyme de l'organe et la muqueuse qui en tapisse la cavité n'ont subi aucune altération histologique ; — nous ne saurions trop insister sur ce fait, qui, à nos yeux, sépare anatomiquement l'hypertrophie simple de l'engorgement inflammatoire. La consistance du tissu est la même qu'à l'état normal. Les vaisseaux utérins ont subi, tout naturellement, un développement proportionnel à celui des autres éléments anatomiques ; mais leurs parois sont indemnes de toute lésion de texture.

L'allongement sus-vaginal du col utérin amène dans la vessie et le rectum des changements qu'il est très-important de noter, en vue du diagnostic et du traitement.

Comme nous venons de le dire, l'urèthre est entraîné hors de la vulve avec les parois vaginales renversées ; il en résulte que l'extrémité supérieure ou vésicale de ce canal est devenue inférieure ; sa paroi antérieure est devenue postérieure, et *vice versâ ;* enfin la concavité de la courbure, au lieu de regarder en haut et en avant, est dirigée en bas et en arrière ; le méat urinaire, au lieu d'être légèrement saillant, est enfoncé, rentré en dedans et précédé d'une sorte de dépression infundibuliforme. Ces remarques ne doivent pas être perdues de vue dans la pratique du cathétérisme.

De son côté, le bas-fond de la vessie, tiraillé en avant et en bas, subit une tension et un allongement qui l'effacent d'une manière plus ou moins complète. L'extrémité inférieure des uretères, suivant le bas-fond de la vessie et participant à son déplacement, est abaissée également et portée sur les parties latérales de la tumeur.

D'après M. Cruveilhier, le rectum n'entre qu'exceptionnellement dans la formation de la tumeur. Mais, au dire de M. Huguier, une fois sur trois, il y a une rectocèle plus ou moins considérable formée par la distension, le renflement et la hernie de la paroi antérieure de l'intestin, la paroi postérieure ne participant jamais au prolapsus.

Le cul-de-sac péritonéal antérieur, ou vésico-utérin, conserve à peu près son étendue normale ; il reste généralement situé au moins à 6 centimètres au-dessus du bord antérieur de l'orifice du col utérin ;

« de telle sorte, fait judicieusement observer M. Huguier, que dans l'amputation de celui-ci, on ne court aucun danger de l'atteindre, tant qu'on ne décolle la vessie que dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, ce qui est très-suffisant. »

Le cul-de-sac postérieur, ou recto-vaginal, suit, au contraire, l'allongement du col et l'abaissement de l'utérus dans toute leur étendue; de sorte que le repli péritonéal n'est qu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la lèvre postérieure du museau de tanche. Quelquefois même ce cul-de-sac peut descendre jusqu'à 3 et 4 centimètres au-dessous du niveau du museau de tanche, lorsque la cloison recto-vaginale elle-même forme la partie la plus déclive de la tumeur sous-vulvaire.

Les annexes de l'utérus, ligaments larges, trompes et ovaires, loin d'être entraînés dans la cavité vagino-péritonéale, comme l'ont avancé théoriquement certains auteurs, conservent leur situation et leur direction naturelles.

Le vagin est plus ou moins renversé, suivant le degré d'allongement, la précipitation du col et la position de la malade. En général, la paroi antérieure est plus tôt et plus complétement entraînée que la paroi postérieure.

Le volume de la tumeur varie, dit M. Huguier, suivant l'étendue de l'hypertrophie utérine, l'ancienneté de l'affection, le degré d'agrandissement de la vulve, la position de la malade, les efforts qu'elle fait, la fatigue qu'elle a éprouvée au moment de l'examen et la présence d'une plus ou moins grande quantité de matières étrangères à sa composition anatomique. La plus volumineuse que cet observateur ait vue avait une longueur de 20 centimètres et une largeur de 11 centimètres.

La forme varie à l'infini. En général elle est ovoïde, et la grosse extrémité est dirigée en bas. Quelquefois elle est conique, ovalaire, sphérique, cylindrique, digastrique ou en calebasse.

Toute la surface vaginale renversée est lisse, polie, luisante, habituellement sèche, d'une teinte rosée ou d'un rouge légèrement violacé. Si la tumeur est ancienne et ne rentre jamais, la muqueuse devient plus pâle et revêt la coloration et presque la densité de la peau.

« L'insertion du vagin sur le col qui, à l'état normal, a au plus 1 centimètre d'étendue, présente une longueur de 2 à 3 centimètres par suite de l'allongement hypertrophique qu'a elle-même éprouvé cette partie de l'organe à laquelle s'attache le conduit. Cette particu-

larité anatomique est des plus importantes à connaître, puisqu'elle permet d'enlever la plus grande partie des tissus hypertrophiés sans ouvrir la cavité vagino-péritonéale. » (Huguier.)

Tous les diamètres de l'ouverture vulvaire, et notamment le diamètre antéro-postérieur, sont largement agrandis; la fourchette, dilatée ou déchirée, peut présenter jusqu'à 4 centimètres d'étendue. Les aponévroses pelviennes et périnéales, le muscle constricteur du vagin, l'anneau vulvaire fibro-dartoïde (de M. Richet), sont éraillés, rompus ou atrophiés.

Les veines et les artères de la vulve, du vagin et de l'utérus sont ordinairement très-développées et dilatées.

Le corps de l'utérus est souvent uni par des fausses membranes, des adhérences, des brides, soit à la vessie, soit au rectum, soit aux parois pelviennes, d'où résulte la difficulté et quelquefois même l'impossibilité d'opérer la réduction de la tumeur lorsqu'elle fait hernie hors de la vulve.

SIGNES PHYSIQUES ET DIAGNOSTIC. — *a. Toucher vaginal.* — Quand on procède à l'exploration vaginale, on rencontre d'abord le museau de tanche ayant la forme d'un bourrelet, en raison de l'hypertrophie excentrique dont il est le siége, et derrière ce bourrelet le reste du col utérin donnant la sensation d'une tige ferme, cylindrique, allongée et comme rétrécie, se dirigeant en haut vers le bassin et se continuant avec le corps de l'utérus. Considérée dans sa masse, la tumeur est assez légère et peu mobile ; ses parties antéro-supérieure et latérale postérieure sont molles, dépressibles, élastiques.

b. Toucher rectal. — Le doigt, porté dans le rectum et dirigé en avant, rencontre la portion sus-vaginale du col utérin allongée, puis le corps de l'organe, situé quelquefois trop haut pour qu'il puisse en atteindre le fond.

c. Palper hypogastrique. — Lorsque la tumeur est fortement abaissée et pendante entre les cuisses, ce mode d'exploration ne fournit que des résultats négatifs. Il faut, pour sentir le relief du corps de l'utérus au-dessus du pubis, que la tumeur soit rentrée spontanément ou réduite par le taxis.

d. Hystérométrie. — C'est sans contredit le mode d'exploration le plus utile dans l'allongement hypertrophique du col utérin. Avec l'hystéromètre, on mesure la hauteur de l'organe, les dimensions de la cavité, la longueur du col ; on reconnaît aussi la véritable direc-

tion de l'utérus, son degré de mobilité ou de fixité; on constate enfin si l'allongement hypertrophique est simple ou s'il est compliqué de la présence de quelque tumeur siégeant dans la cavité ou dans le tissu même de la matrice.

On peut donc regarder l'hystérométrie comme le vrai procédé de diagnostic.

Il est permis de présumer qu'on a affaire à un allongement hypertrophique lorsque l'hystéromètre pénètre d'emblée à une hauteur de 10, 12 centimètres et quelquefois au delà.

Mais l'instrument peut être arrêté dans sa marche par une inflexion du corps sur le col, par un rétrécissement, par une bride, par le cul-de-sac d'un follicule hypertrophié et béant. Dans les cas de ce genre, des mouvements variés et pratiqués avec ménagement finissent toujours par dégager l'instrument, et ramener le cathétérisme à ses conditions les plus simples. S'il existe une coarctation que l'hystéromètre ne puisse point franchir, on le remplace par un stylet de trousse ou par une petite bougie.

Voici maintenant, d'après M. Huguier, quels sont les signes différentiels qui distinguent une chute complète de l'utérus d'un allongement hypertrophique du col :

« Dans le prolapsus utérin, on sent, par la palpation du pédicule de la tumeur, que cette partie est véritablement creuse et ne renferme rien à son centre. — Au-dessous de ce vide, par conséquent au-dessous de l'ouverture vulvaire, on perçoit au centre des parties prolapsées une tumeur ferme, élastique, qui présente la forme, la consistance et le volume du corps de l'utérus, et se continue sans interruption avec la portion sous-vaginale du col visible à l'extérieur. — Une sonde, introduite dans la vessie et portée horizontalement sur la ligne médiane vers le rectum, est presque immédiatement sentie par le doigt introduit dans l'intestin, sans autre intermédiaire que les parois vésicale et rectale, parce que l'algalie passe au-dessus du corps de l'utérus. — Si le doigt introduit dans le rectum est porté en avant et en haut dans l'excavation pelvienne, il n'y rencontre ni la tige centrale formée par le col de l'utérus, ni le corps de cet organe, mais un vide au devant duquel il trouve la vessie. — A l'aide du toucher rectal, on sent aussi une corde formée par la réunion des ligaments ronds, de l'ovaire et des trompes, et qui, partant de chacun des angles de la matrice, se porte en haut et en dehors vers la marge du bassin. — L'hystérométrie vient compléter ces données diagnos-

tiques en faisant connaître la situation du fond de l'utérus, les dimensions de cet organe et en permettant d'imprimer à son corps tous les changements de direction et de position que l'on désire.

» Quand on opère la réduction et la contention de l'organe, les choses ne se passent pas de même dans la chute de l'utérus et dans l'allongement hypertrophique. — Si l'on a affaire à une chute complète, au moment de faire franchir au corps de l'utérus l'anneau vulvaire, on éprouve une certaine difficulté, une certaine résistance; une fois que cette partie, qui est la plus volumineuse, a franchi l'ouverture de la vulve, le reste de l'organe et de la tumeur remontent d'eux-mêmes, et se portent dans le bassin comme s'ils étaient aspirés ou attirés. On peut ainsi remonter l'utérus jusqu'à sa situation normale, sans résistance, sans douleur, et l'y maintenir à l'aide d'un pessaire. — Au contraire, dans l'allongement hypertrophique accompagné de la chute et du renversement complets du vagin, sans précipitation du corps de l'utérus, la réduction est toujours facile et s'opère sans résistance de la part de l'ouverture vulvaire. Elle se fait graduellement, sans soubresauts, jusqu'au moment où le museau de tanche est remonté jusqu'à l'extrémité inférieure du vagin; mais si l'on veut reporter cette partie de l'utérus plus haut, à sa position normale, le plus souvent on éprouve de la résistance, on courbe l'utérus sur lui-même et l'on cause une douleur plus ou moins vive. La réduction ne peut être maintenue qu'à l'aide d'un pessaire plat et ovale, qui ne refoule pas la matrice, mais l'empêche seulement de franchir la vulve.

» Ainsi donc la réduction présente cette différence dans les deux maladies : dans la chute de la matrice, son premier temps peut être douloureux, difficile ou impossible; son second temps est indolent et facile. — Dans l'allongement hypertrophique, c'est l'inverse qui a lieu. »

Complications. — Les lésions qui compliquent le plus souvent l'allongement hypertrophique sus-vaginal sont : la métrite aiguë ou chronique, le ramollissement du tissu utérin, l'engorgement, l'ulcération, l'état fongueux de la muqueuse du col, la folliculite, l'hypersécrétion purulente, la dilatation hypertrophique des glandes folliculaires, les corps fibreux ou les polypes, les déviations utérines, l'ulcération du vagin, la cystite, le catarrhe vésical, l'incontinence ou la rétention d'urine, les déchirures du périnée, etc.

SIGNES FONCTIONNELS. — Sous le rapport du diagnostic, cet ordre de symptômes est pour ainsi dire secondaire en comparaison des signes physiques que nous venons de décrire longuement. C'est pourquoi nous avons donné à ceux-ci la priorité. Cependant les troubles fonctionnels pourront, avant toute exploration locale, mettre sur la voie de la lésion, bien qu'il n'y en ait aucun de réellement pathognomonique.

a. Dans l'utérus et le vagin. — Sensation habituelle de chaleur dans les organes génitaux; malaise local, faiblesse, gêne pénible; sentiment de vide dans les régions pelvienne et vulvo-anale; pesanteurs, tiraillements vers la vulve et les aines; il semble aux malades que les viscères abdominaux vont s'échapper par l'orifice vulvaire; douleurs revenant par intervalles, notamment dans la position debout, pendant les efforts et les mouvements qui secouent, ébranlent ou déplacent la tumeur. Leucorrhée tantôt simplement muqueuse, tantôt muco-purulente, parfois séro-sanguinolente.

Ces symptômes s'exagèrent pendant l'époque menstruelle. La menstruation est dérangée, irrégulière, plus fréquente et plus abondante qu'à l'état normal. Les malades sont même sujettes à de véritables métrorrhagies.

Les rapports sexuels sont généralement douloureux, difficiles ou impossibles. Le sens génésique est considérablement émoussé ou entièrement éteint. Il en résulte les plus grands obstacles pour la fécondation.

b. Dans la vessie. — Ténesme vésical; miction fréquente, douloureuse, pénible, laborieuse, ne pouvant s'exécuter quelquefois que moyennant la réduction de la tumeur ou dans les postures les plus incommodes, comme celle, par exemple, de se poser simultanément sur les coudes et sur les genoux. Chez certaines malades, l'urine s'accumule dans la vessie, puis elle s'écoule involontairement et par regorgement : il faut bien se garder de confondre cet état avec la véritable incontinence d'urine, très-fréquente aussi dans l'allongement hypertrophique.

« L'urine, au lieu d'être lancée en bas et en avant, sous la forme d'un jet unique et régulier, s'écoule lentement, en avant et en nappe le long de la tumeur; ou bien le jet est lancé en avant et en haut contre la paroi abdominale, d'où il retombe éparpillé sur le vagin et les cuisses; très-souvent il s'étale en éventail, s'évase en cône creux ou se divise en gerbe..... Du contact réitéré et prolongé de l'urine

sur la tumeur résultent de l'irritation, des démangeaisons et des cuissons insupportables, des ulcérations, etc. » (Huguier.)

Lorsque la maladie est ancienne et la vessie fortement entraînée, l'urine y séjourne, s'y altère, devient catarrhale ou purulente; des graviers ou des calculs s'y déposent et provoquent tous les accidents d'une cystite calculeuse.

c. Dans le rectum. — Constipation habituelle; accumulation des matières fécales dans l'ampoule rectale antérieure; défécation difficile, favorisée par l'ascension et la réduction de la tumeur.

Quand une déchirure du périnée complique l'allongement hypertrophique, il y a, au contraire, incontinence des matières fécales ou expulsion involontaire sous l'influence du moindre effort.

Suivant M. Cruveilhier, l'incontinence rectale existerait même sans déchirure du périnée, et par le seul fait du relâchement et de la diminution de contractilité du sphincter. M. Huguier conteste cette assertion.

d. Troubles éloignés et sympathiques. — Douleurs et tiraillements dans les lombes, vers la base du sacrum, dans les reins, dans le bas-ventre, dans les aines et dans les cuisses. Ces sensations presque constantes et continues deviennent plus intenses pendant les mouvements, les efforts, la marche, etc.

Quelquefois les tiraillements douloureux se prolongent jusqu'à l'épigastre, et déterminent une sorte d'oppression cardialgique pouvant amener des défaillances et des syncopes.

A la longue, les fonctions digestives se dérangent, la nutrition s'altère, les malades s'affaiblissent, s'abandonnent au découragement, tombent dans un abattement mélancolique profond et quelquefois même dans le désespoir.

ÉTIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — C'est là un sujet encore obscur. M. Huguier, qui a étudié avec tant de talent et d'une manière si complète l'hypertrophie du col utérin, est réduit à des conjectures quand il cherche à en démêler les causes. Les longs et intéressants développements dans lesquels il entre à ce propos se rapportent bien plus au prolapsus de la matrice qu'à l'allongement hypertrophique. Nous réserverons ces détails pour le chapitre consacré à la chute de l'utérus, et nous resterons ici rigoureusement dans l'étiologie de l'allongement du col.

a. Parmi les *causes prédisposantes*, on peut signaler : une constitu-

tion molle et lymphatique; la flaccidité des tissus intra-pelviens; la constipation habituelle; les professions manuelles pénibles et fatigantes, exigeant des efforts répétés ou continus et une station verticale prolongée, telles que les métiers de blanchisseuse, de cuisinière, etc.; l'abus de l'équitation; la compression de l'abdomen par des vêtements trop serrés, etc. Mais les causes les plus actives de l'allongement hypertrophique du col de la matrice sont, sans contredit, le ramollissement du tissu utérin, l'état inflammatoire chronique de cet organe; les grossesses nombreuses et les accouchements fréquents, rapprochés, difficiles, laborieux. Cependant cette lésion s'observe quelquefois chez des femmes nullipares; mais c'est la grande exception.

b. Les *causes occasionnelles* et *efficientes* sont les efforts brusques et violents, les chutes d'un lieu élevé, les coups sur le bas-ventre, la marche forcée, les exercices corporels exagérés; les prolapsus du vagin, de la vessie, du rectum. M. Huguier admet que, dans ce dernier cas, la traction du vagin de haut en bas peut être assez énergique « pour que, si l'utérus est ramolli, le col s'allonge et s'amincisse comme un tube de verre soumis à l'action de la lampe de l'émailleur ». M. Huguier ajoute : « Ce qui démontre encore cette traction des parois vaginales sur le col, c'est que, s'il existe une cystocèle sans rectocèle, c'est le segment antérieur du col qui est seul allongé; si, au contraire, il existe une rectocèle sans cystocèle, c'est l'inverse que l'on observe. Ce mécanisme est fréquent chez les femmes qui ont le périnée déchiré, et chez lesquelles l'extrémité inférieure du vagin, la base de la vessie et la paroi antérieure du rectum ne sont plus soutenues. »

C'est encore ainsi que des tumeurs développées sur le col utérin peuvent allonger et entraîner par leur poids cette partie de l'organe.

Quant à l'allongement hypertrophique consécutif à l'accouchement, particulièrement chez les femmes occupées à des travaux manuels pénibles et qui reprennent prématurément leurs occupations, travaillent dans une position verticale et font continuellement des mouvements et des efforts qui ébranlent, secouent et irritent l'organe gestateur, voici l'explication qu'en donne M. Huguier :

« De ces fâcheuses circonstances résultent non-seulement une plus grande activité dans la circulation artérielle de l'utérus, mais une gêne, un embarras, un véritable engouement dans les circulations veineuse et lymphatique de cette partie, qui reste dans l'état de déve-

loppement anormal où elle se trouvait lorsque la femme a repris intempestivement ses travaux, ou devient lentement et graduellement le siége d'un engorgement et d'une hypertrophie. Cet engorgement et cette hypertrophie occupent tout naturellement la moitié inférieure de la matrice qui n'est plus soutenue ni comprimée, comme à l'état normal, mais se trouve placée au centre d'une espèce de vide qu'elle tend à remplir. Au contraire, ce mouvement hypertrophique se manifeste beaucoup plus difficilement sur le corps de l'utérus, qui continue à être entouré, maintenu et comprimé par les viscères et les contractions abdominales, ce qui y facilite les circulations veineuse et lymphatique. »

Les mêmes phénomènes se produisent lorsqu'une phlegmasie subaiguë ou chronique s'empare de la portion cervicale du col de l'utérus, dans la période postpuerpérale. Cette partie de l'organe est arrêtée dans son mouvement de retrait, et conserve des dimensions exagérées sous l'action hypertrophique du travail inflammatoire. La phlegmasie guérie, reste l'allongement hypertrophique qui survit à la cause organique d'où il dérive.

Pronostic. — L'allongement hypertrophique sus-vaginal du col de l'utérus est une affection difficilement et très-rarement curable; le siége de la lésion au-dessus de l'insertion vaginale la rend peu accessible aux instruments chirurgicaux.

Quand l'allongement hypertrophique est simple, il ne porte dans la santé générale aucune perturbation directe; il ne détermine que des troubles locaux sans gravité, mais fâcheux par leur persistance. Cette forme d'élongation gêne plutôt qu'elle n'empêche les rapports sexuels; elle n'est pas nécessairement un obstacle à la fécondation. On ne doit pas oublier, — et c'est là le plus grand danger de cette lésion, — qu'elle peut à la longue, si elle est négligée, si l'utérus n'est pas soutenu par des moyens spéciaux, amener les fâcheuses complications dont il a été question à propos de l'anatomie pathologique. Ces complications consistent principalement dans les déplacements et les désordres des organes voisins (cystocèle, rectocèle, chute du vagin).

Cette forme d'allongement hypertrophique est grave en raison des troubles profonds qu'elle entraîne dans les fonctions de la vessie, du rectum et de l'utérus, en raison des souffrances dont elle s'accompagne, des retentissements sympathiques qu'elle provoque dans

différentes parties de l'économie, de l'altération qui en résulte pour l'organisme entier; enfin, en raison de l'impuissance où est la thérapeutique d'apporter à cette lésion, non-seulement un remède, mais même un palliatif efficace.

TRAITEMENT. — *a. Médical.* — Le repos, une vie calme, une profession sédentaire, l'abstention de tout effort violent, de tout mouvement prolongé ou brusque, des habitudes paisibles, la position assise ou horizontale, tels sont les premiers soins et les précautions élémentaires qu'il convient de prescrire aux malades atteintes d'un allongement hypertrophique du col utérin.

Puis on doit essayer de rendre aux tissus qui entourent l'utérus et qui le soutiennent leur fermeté et leur ténacité, à l'aide de lotions et d'injections astringentes, de bains salés, ferrugineux ou sulfureux, de douches ascendantes locales, de bains froids à eau courante, de lavements froids, etc.

S'il existe une inflammation de l'utérus, soit une métrite interne, soit une métrite parenchymateuse, l'indication principale est de combattre et d'éloigner cette complication par les moyens que nous avons longuement exposés ailleurs (p. 256).

On peut recourir ensuite à l'usage des résolutifs et des fondants : l'iodure de potassium à l'intérieur; les pommades ou les liniments iodurés, mercuriels, ou saturnins, à l'extérieur.

Les petites saignées dérivatives peuvent être employées aussi comme d'utiles auxiliaires.

Malheureusement, les moyens médicaux restent le plus souvent impuissants et doivent céder la place aux procédés chirurgicaux, les seuls capables de donner, dans quelques rares circonstances, des résultats curatifs.

b. Traitement chirurgical. — Lorsque le col de l'utérus hypertrophié fait saillie hors de la vulve, il faut d'abord en pratiquer la réduction. La malade est placée sur un lit ou une table, dans la position horizontale, le siége sensiblement élevé. Très-souvent, dans cette situation, la réduction s'opère spontanément.

Pour la pratiquer, il suffit de refouler l'utérus à l'aide de la main dans la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin.

Si les parties sont tuméfiées et douloureuses, l'opération doit être précédée d'un ou de plusieurs bains entiers ou bains de siége émol-

lients. On peut aussi la faciliter au moyen de fomentations adoucissantes ou d'embrocations huileuses.

Il faut procéder avec ménagement, par une pression douce, lente et continue. Si l'on vient à éprouver une résistance, il importe de ne pas chercher à la vaincre et de ne point oublier que l'utérus et le vagin sont quelquefois bridés par des adhérences vicieuses. On ne doit pas perdre de vue non plus qu'il n'est pas possible de replacer l'utérus à la hauteur normale, et que tous les efforts de l'opérateur doivent se borner à faire rentrer cet organe dans le bassin.

Pour maintenir la matrice une fois réduite, on a recours, non point à des pessaires en boudin ou élytroïdes, qui comprimeraient le col et distendraient les parois vaginales outre mesure, mais à des pessaires en gimbelette, à des pessaires ovalaires ou en huit de chiffre, qui prennent leur appui en dedans de l'ouverture vulvaire et sur le plancher du bassin.

Les pessaires en pelle trouvent leur application lorsque l'allongement hypertrophique se complique d'un commencement de cystocèle ou de rectocèle.

Si l'orifice vulvaire est largement dilaté, le périnée déchiré, le plancher du bassin affaissé et dépourvu de résistance, on soutient ces parties avec une plaque métallique ovalaire, fixée à une ceinture par un ressort ou par des courroies élastiques.

Dans les cas les plus graves, dans ceux où les lésions, plus étendues et plus profondes, déjouent les moyens médicaux et l'emploi des appareils contentifs et prothétiques, il ne reste plus qu'à recourir à une opération chirurgicale.

Après avoir discuté les diverses opérations proposées, et rejeté tour à tour comme inopportuns ou infidèles : l'ablation de la totalité de l'utérus; le rétrécissement artificiel du vagin, soit par les caustiques, soit par l'excision, soit par les pinces de Desgranges; l'oblitération de la vulve par la cautérisation ou par l'épisioraphie, M. Huguier expose un procédé opératoire qu'il a imaginé et qu'il a appliqué déjà treize fois avec succès sur quatorze cas, c'est l'*ablation complète du col utérin hypertrophié*.

Afin d'assurer le bon résultat de l'opération et de prévenir tout accident consécutif capable d'en compromettre la réussite, M. Huguier conseille de prendre les précautions suivantes :

« 1° Choisir un moment opportun, c'est-à-dire celui qui suit la terminaison des règles, la malade ayant ainsi devant elle de vingt à

vingt-cinq jours de repos utéro-ovarique pendant lesquels la plaie pourra se cicatriser et les phénomènes de traumatisme se terminer avant la manifestation d'un nouveau molimen menstruel.

» 2° Soumettre la malade au repos horizontal pendant quelques jours.

» 3° La purger l'avant-veille, et prescrire un lavement la veille.

» 4° Pratiquer, deux ou trois jours avant l'opération, des embrocations d'huile de croton tiglium sur les jambes, la partie externe des cuisses et les flancs, afin de déterminer à la peau une éruption qui s'oppose à la naissance d'une inflammation dans les organes opérés. »

Cette précaution pourra paraître excessive; cependant M. Huguier la regarde « comme des plus importantes ».

« 5° Tenir chaudement enveloppées les parties du corps qui, pendant l'opération, sont placées hors du lit.

» *Appareil instrumental :* sonde d'homme d'argent; pince de Museux ou érigne double; bistouri droit étroit et tronqué; plusieurs pinces à disséquer; pinces larges à ligature; pinces porte-épingles et porte-aiguilles; aiguilles courbes enfilées; ténaculum; bonnes et fortes épingles recourbées en hameçon et attachées à l'extrémité d'un fil; pince incisive; fils à ligature; écraseur linéaire.

» *Appareil de pansement :* grosse mèche de charpie, de la longueur du vagin, enduite de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de gomme élastique; plumasseaux de charpie; compresses; bandage en T double; poudre de colophane; perchlorure de fer; boulettes ou petites éponges munies d'un fil; plusieurs pinceaux de charpie.

» *Manuel opératoire.* — La malade est placée sur un lit de spéculum ou sur le bord d'un lit ordinaire, les cuisses écartées et tenues par deux aides.

» L'opération se pratique en quatre temps.

» *Premier temps :* On divise les parois postérieures du vagin et du col de l'utérus jusqu'à la cavité de l'organe.

» Le chirurgien saisit fortement, avec une pince de Museux, l'extrémité inférieure du col, puis attire la tumeur en haut et en avant vers le pubis, et confie cette pince à un aide. Après avoir introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum pour reconnaître la situation et la profondeur du cul-de-sac péritonéal et guider l'instrument tranchant, il divise, avec un bistouri tenu de la main droite, la paroi postérieure du vagin à l'aide d'une incision horizontale et semi-lunaire, dont la concavité, dirigée en avant et en haut, embrasse la moitié postérieure

du museau de tanche. Cette première incision (de 3 ou 4 millimètres de profondeur sur 4 à 5 centimètres de longueur) doit être pratiquée dans les limites mêmes de l'insertion du vagin, c'est-à-dire à 2 ou 3 centimètres au plus du bord postérieur de l'orifice du museau de tanche, sous peine de s'exposer à ouvrir le péritoine. L'opérateur, par des incisions lentes et successives, entame toute l'épaisseur de la substance propre de l'utérus jusqu'à ce que la lame du bistouri arrive dans la cavité de l'organe. Si les artères sont nombreuses et volumineuses, on les lie ou on les tord à mesure.

» *Deuxième temps :* On divise la paroi antérieure du vagin et l'on détache la vessie du col utérin.

» Ici la difficulté consiste à éviter la lésion de la vessie. Pour prévenir cet accident, on introduit une algalie jusqu'au fond du prolongement que cet organe envoie dans la tumeur; puis on soulève et fait saillir cette partie jusqu'à ce qu'elle soit sensible au doigt et à l'œil. Alors le chirurgien confie l'instrument à un aide qui le maintient exactement dans sa position; puis il saisit le bord antérieur de l'ouverture du col avec la pince de Museux, la confie à un autre aide, fait tirer légèrement le col en bas et en arrière pendant que le cul-de-sac vésical est reporté en haut et en avant.

» Toutes ces précautions prises, l'opérateur divise à 1 centimètre environ au-dessous de la saillie formée par le bout de la sonde la paroi antérieure du vagin, en pratiquant une incision horizontale et semi-lunaire, à convexité inférieure, qui embrasse la partie antérieure du col et dont les extrémités rejoignent celles de la première incision. A l'aide d'incisions légères, on arrive jusqu'à la face antérieure du col et sous le prolongement vésical. La sonde est enlevée; le chirurgien repousse la vessie en haut, derrière le vestibule et le pubis, pendant qu'avec de légers coups de bistouri portés transversalement, il divise les adhérences celluleuses qui unissent le fond de la vessie à la partie antérieure du col. Cette séparation des deux organes peut être opérée en hauteur dans l'étendue de 3 à 5 centimètres, sans avoir la crainte d'atteindre le cul-de-sac péritonéal antérieur. Transversalement, il ne faut pas la porter au delà de 3 centimètres et demi; on s'exposerait à blesser les uretères.

» On procède, immédiatement après le décollement, à la ligature des artères.

» *Troisième temps :* On tranche la paroi antérieure du col utérin, en faisant maintenir en haut, derrière le vestibule, la portion de

vessie décollée. Avant d'achever la section, il est prudent de pratiquer la ligature des artères du tissu utérin ou de retenir l'utérus au moyen d'une pince de Museux, sinon la matrice peut remonter spontanément dans le bassin avant qu'on ait eu le temps de lier les vaisseaux.

» *Quatrième temps :* La portion excédante étant enlevée, on réduit dans le bassin le reste de l'utérus et le vagin ; on met dans celui-ci une grosse mèche couverte de cérat et garnie à son centre d'un tronçon de sonde de gomme élastique, afin qu'elle conserve sa forme cylindrique et maintienne mieux l'utérus dans la position qui lui a été donnée. Le tout est maintenu à l'aide de charpie, de compresses, et d'un bandage en T double. Pendant les premières vingt-quatre heures, une sonde de gomme élastique garnie d'un fausset est placée à demeure dans la vessie, afin que l'urine puisse être évacuée, toutes les cinq ou six heures, sans que la malade fasse de mouvement et sans rien déranger du pansement.

» La malade est ensuite portée dans son lit, couchée sur le dos, les cuisses rapprochées et le bassin plus élevé que le reste du corps.

» Lorsqu'on se sert de l'écraseur linéaire pour enlever la portion sus-vaginale du col, cet instrument ne peut être appliqué qu'après qu'on a séparé avec soin cette partie de l'utérus de celles qui l'entourent ; autrement, on serait exposé à ouvrir le péritoine ou la vessie, même ces deux parties à la fois. L'écraseur n'évite donc pas l'action de l'instrument tranchant ; il ne peut servir qu'à la section du tissu propre de l'utérus.

» Si cet instrument, ajoute M. Huguier, expose moins à l'hémorrhagie, il a en revanche l'inconvénient de rendre l'opération plus douloureuse, plus longue, et a surtout le grave défaut de couper les tissus perpendiculairement et non obliquement de bas en haut, de telle sorte qu'on ne peut enlever une longueur aussi considérable du col que quand on se sert du bistouri. »

M. Huguier conseille de ne lever l'appareil et de ne renouveler le pansement que le deuxième ou le troisième jour. La mèche enlevée, on pratique une injection vaginale abondante avec de l'eau tiède avant d'introduire la nouvelle mèche.

A la suite de l'opération, la plupart des malades éprouvent un peu de fièvre, quelques légères douleurs dans le bas-ventre, des frissons nerveux, des nausées, des vomissements muqueux. Mais ces phéno-

mènes sont habituellement sans gravité et se dissipent spontanément ou sous l'influence du repos et de la diète.

La métro-péritonite et l'hémorrhagie sont les seuls accidents sérieux qu'on puisse redouter. On les prévient à peu près sûrement par les soins que l'on apporte dans la pratique de l'opération et dans l'observance des mesures de précaution qui précèdent et qui suivent l'intervention chirurgicale.

Du quinzième au vingtième jour, la plaie est ordinairement cicatrisée, l'extrémité supérieure du vagin est rétrécie, le museau de tanche est remplacé par un petit mamelon percé à son centre d'une ouverture transversale, le volume de l'utérus est sensiblement diminué.

Suivant M. Huguier, l'opération qui vient d'être décrite assure la cure radicale de l'allongement hypertrophique sus-vaginal du col utérin, dans la grande majorité des cas. « Toutefois, ajoute cet habile chirurgien, lorsque la maladie est précédée et enpartie déterminée, compliquée par une déchirure plus ou moins étendue du périnée, d'une cystocèle ou d'une rectocèle volumineuse, l'opération guérit la chute de l'utérus et du vagin ; mais, pour guérir la hernie de la vessie ou du rectum, il faut pratiquer une opération secondaire et particulière pour chacune de ces deux dernières affections.

» Une circonstance qui contre-indique tout à fait l'opération est celle dans laquelle il y a tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré, un affaiblissement considérable du plancher du bassin, une rétroflexion telle de l'utérus, que le fond de l'organe soit plus bas que le col. » (Huguier.)

ARTICLE II.

HYPERTROPHIE GÉNÉRALE DE L'UTÉRUS.

Nous n'avons jamais observé et nous ne connaissons pas dans la science d'exemples d'hypertrophie absolument bornée au corps utérin. Mais dans l'hypertrophie totale de la matrice, le volume du corps de l'organe est en général tellement hors de proportion avec celui du col, que le corps semble être le siége réel et presque exclusif de la lésion. Pour cette raison, et aussi parce que l'hypertrophie partielle du col a fait l'objet d'une longue description spé-

ciale, nous insisterons, dans cet article, principalement sur les caractères du développement hypertrophique du corps utérin.

Étiologie. — Kiwisch et, avec lui, d'autres gynécologistes, ont admis que l'hypertrophie de l'utérus est quelquefois congénitale. Ce fait est contesté par M. Courty, qui ne veut voir dans l'*hypertrophie primitive* de l'observateur allemand « qu'un développement prématuré de l'utérus, un cas tératologique », et non une hypertrophie véritable. Quelle que soit l'interprétation que l'on donne aux exemples de cette nature, il n'en reste pas moins acquis que chez des enfants, chez des jeunes filles impubères ou chez des filles nubiles et vierges, l'utérus peut présenter quelquefois un degré de développement excessif et hors de proportion avec l'âge du sujet, des dimensions doubles ou triples du volume normal.

Cependant l'hypertrophie, comme toutes les autres affections de la matrice, ne s'observe qu'à titre d'exception avant l'âge de la puberté, et elle ne se rencontre que bien rarement chez les femmes non mariées.

Sa cause pathogénique est dans une suractivité des phénomènes nutritifs du tissu utérin. Il en résulte que les conditions les plus favorables à la production de l'hypertrophie de la matrice sont tous les actes physiologiques ou pathologiques ayant pour effet d'exagérer la circulation intra-pelvienne, de fluxionner l'utérus et ses annexes. Parmi ces conditions, il faut signaler surtout les congestions répétées, les désordres de la menstruation, les phlegmasies chroniques de la matrice et des organes péri-utérins, les grossesses nombreuses, les accouchements rapprochés, certaines suites de couches et notamment la métrite postpuerpérale, le défaut de retrait de l'utérus ou l'arrêt de l'évolution rétrograde que cet organe doit subir après l'accouchement.

Cette dernière cause est une des plus fréquentes. Son mode d'action et ce qu'on pourrait appeler son mécanisme ont été étudiés avec un grand soin par M. Simpson et par M. West; mais ces deux auteurs ont donné du phénomène une explication différente : l'un estimant que la muqueuse et le tissu propre de l'utérus conservent les dispositions histologiques qu'ils avaient pendant la grossesse; l'autre admettant une altération de texture et une sorte de transformation adipeuse de la matrice. Nous nous rattachons de préférence à l'interprétation de M. Simpson.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans l'hypertrophie générale de l'utérus, l'organe a conservé sa forme normale; mais son volume et son poids sont augmentés d'une manière sensible.

Tous les éléments anatomiques de la matrice sont ordinairement atteints. Néanmoins, dans certains cas, le travail hypertrophique porte plus spécialement sur la muqueuse utérine; dans d'autres, sur le tissu propre, qui en est comme le siége de prédilection.

Ainsi que l'hypertrophie du cœur et des autres organes creux, l'hypertrophie utérine est tantôt excentrique, tantôt concentrique. Dans l'hypertrophie excentrique, l'utérus est volumineux; ses parois sont relativement amincies, et sa cavité très-dilatée. Dans l'hypertrophie concentrique, l'utérus présente moins de volume, mais plus de poids; l'épaisseur de ses parois est augmentée, les dimensions de sa cavité sont diminuées et comme rétrécies, surtout si on les compare aux dimensions totales de l'organe.

Le col, participant à l'hypertrophie, est plus gros qu'à l'état normal; il est plus long aussi, mais il n'atteint jamais les proportions exagérées de l'allongement hypertrophique.

Le museau de tanche, au lieu d'être conique, comme il l'est le plus souvent dans l'élongation hypertrophique du col, offre le plus souvent la forme d'un bourrelet volumineux, comme si ses lèvres étaient atteintes d'hypertrophie concentrique.

Dans l'hypertrophie utérine, les seules modifications de texture que l'on observe consistent dans un accroissement notable et une condensation des éléments histologiques normaux : tissu cellulaire, fibres musculaires, vaisseaux, glandules, etc. Lorsque l'hypertrophie résulte d'un arrêt de l'évolution rétrograde à la suite de l'accouchement, on constate une infiltration graisseuse du tissu propre de l'utérus.

SYMPTOMATOLOGIE. — Sentiment d'embarras et de gêne dans le bassin; pesanteur dans la région ano-périnéale; tiraillements douloureux dans les reins, les lombes, les aines; lassitudes et engourdissements des jambes; constipation habituelle, quelquefois hémorrhoïdes; envies fréquentes d'uriner; dans quelques cas, épreintes vésicales.

Chez la plupart des femmes, leucorrhée, métrorrhagies, menstruation irrégulière.

Ces symptômes n'ont rien de pathognomonique; ils fournissent

simplement des présomptions, que les signes objectifs peuvent seuls confirmer et changer en certitude.

Par la *palpation abdominale*, on sent, en déprimant la paroi du ventre, le fond de l'utérus et son segment antérieur formant un relief globuleux dans la région sus-pubienne. Cette tumeur rappelle exactement la forme du corps utérin; elle en a la consistance ferme et solide sans dureté, les contours arrondis et réguliers sans inégalités ni rugosités. La pression n'y éveille aucune sensation douloureuse.

Par le *toucher vaginal*, on perçoit une augmentation très-notable de la portion intra-vaginale du col de la matrice. Les lèvres du museau de tanche sont plus grosses; plus épaisses qu'à l'état normal; sa surface est lisse et ne présente aucune de ces nodosités, de ces saillies, de ces callosités ou de ces ulcérations qu'on y trouve dans les lésions organiques; point de chaleur anormale, point d'hyperesthésie, comme dans la tuméfaction qui accompagne la métrite subaiguë. L'orifice cervico-vaginal est transversal, plus large qu'à l'ordinaire, quelquefois irrégulier et comme crénelé sur les bords, souvent entr'ouvert et pouvant admettre l'extrémité de la pulpe du doigt explorateur.

En poussant l'examen plus loin, on constate parfois un certain degré d'élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col. Puis on trouve le corps de la matrice très-développé, fixe dans sa situation ou peu mobile, lourd si l'on essaye de le soulever à l'aide du doigt indicateur, ayant rarement sa direction normale, mais en général porté en avant ou en arrière, le plus souvent en antéversion.

En combinant le palper abdominal d'une main et le toucher vaginal de l'autre main, on peut en quelque sorte mesurer le degré de l'hypertrophie et prendre une idée approximative de l'augmentation de volume de l'organe.

Le *toucher rectal* n'ajoute rien d'essentiel aux données fournies par les deux premiers modes d'exploration; ceux-ci suffisent dans la très-grande majorité des cas, lorsqu'ils sont pratiqués avec attention. Si, cependant, après la palpation abdominale et le toucher vaginal, on concevait encore des doutes sur la nature exacte et le siége précis de la lésion; si, par exemple, on pouvait craindre une confusion avec une tumeur péri-utérine, il serait utile de recourir à l'exploration rectale pour dissiper toute incertitude.

L'*examen au spéculum* permet uniquement de constater l'augmentation de volume des lèvres du museau de tanche, l'état ordi-

nairement intègre de leur surface, la direction, la forme et la dilatation de l'orifice utéro-vaginal, que l'on trouve béant le plus souvent.

Le *cathétérisme utérin*, employé avec prudence, ne doit pas être négligé dans l'étude de l'hypertrophie de la matrice. A l'aide de l'hystéromètre, on apprécie les dimensions de la cavité utérine et, secondairement, l'épaisseur des parois de l'organe. En général, la sonde exploratrice pénètre facilement et sans obstacle. Si elle s'enfonce profondément, à 10, 12, 14 ou 16 centimètres, par exemple; si, en outre, elle exécute aisément des mouvements de latéralité, on doit en conclure que la cavité est largement dilatée et que l'hypertrophie est excentrique. Si, au contraire, le volume de l'utérus étant considérable, l'hystéromètre éprouve des difficultés à pénétrer et à se mouvoir, c'est que la cavité utérine est relativement étroite, exiguë : dans ce cas, on a affaire ou à une hypertrophie concentrique, ou à un développement anormal de l'utérus occasionné par la présence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse.

Diagnostic. — Avant tout, il importe de distinguer l'hypertrophie de la matrice de toutes les tumeurs ayant leur siége dans la région périutérine.

Et d'abord il n'est pas possible de confondre cette affection avec une hématocèle. Les métrorrhagies et les accidents aigus qui signalent l'invasion des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne, les signes si tranchés et si caractéristiques qu'elles offrent à l'exploration directe, rendent toute confusion impossible.

Nous ferons la même observation à propos des phlegmons et des abcès périutérins.

On ne confondra pas davantage l'hypertrophie utérine avec une hydropisie enkystée de l'ovaire. Les kystes ovariques se développant en dehors et à côté de l'utérus laissent le plus souvent ce dernier organe dans un état complet d'intégrité. Une exploration attentive par le vagin, par le rectum et par l'hypogastre, l'hystérométrie au besoin, permettent toujours de constater que la matrice est saine et que l'ovaire est lésé, et par conséquent de s'assurer du siége précis de la tumeur.

Le diagnostic devient plus difficile s'il s'agit d'une tumeur développée dans le tissu même ou dans la cavité de l'utérus.

En ce qui concerne ces dernières, les tumeurs intra-utérines, — môles, hydatides, hydrométrie, — le cathétérisme viendra lever

d'une manière à peu près infaillible les doutes laissés par l'ensemble et la marche des symptômes, et même par les autres signes objectifs tirés des divers modes de toucher.

Quant aux polypes, leur présence se décèle également par l'hystérométrie, lorsqu'ils sont retenus dans la cavité utérine ; elle se trahit plus sûrement encore par le toucher vaginal et l'examen au spéculum, lorsqu'ils sortent hors de l'utérus et qu'ils font saillie dans le vagin.

La difficulté devient plus grande à l'égard des corps fibreux. Cependant, si la tumeur fibreuse forme une saillie, un relief arrondi, proéminant sur une des faces de la matrice, il en résulte une sorte de déformation de l'organe, qu'il est aisé de constater par le toucher vaginal et par le toucher rectal.

Si, au contraire, la tumeur présente son maximum de développement dans la cavité de la matrice, elle produira un rétrécissement, une obstruction même de cette cavité, facile à vérifier à l'aide de l'hystéromètre, et qui contraste avec la dilatation habituelle dans l'hypertrophie.

Dans les cas, plus rares, où les corps fibreux s'identifient tellement avec l'utérus qu'ils n'en paraissent pas modifier la forme, on les distingue toujours de l'hypertrophie simple par leur consistance et la marche de leur évolution. L'utérus simplement hypertrophié conserve la consistance et l'élasticité à peu près normales de son tissu ; l'hypertrophie fibreuse offre au contraire une dureté caractéristique, un défaut absolu d'élasticité, une sorte de fermeté ligneuse qui résiste à la pression et ne se laisse point déprimer par le doigt.

La marche des deux lésions est aussi très-différente. L'hypertrophie simple a peu de tendance à augmenter ; arrivée à un certain degré, qui ne dépasse jamais un volume double de celui de l'utérus normal, elle reste stationnaire. La tumeur fibreuse, au contraire, s'accroît sans cesse, lentement, il est vrai, mais d'une manière progressive et continue.

Marche. — Durée. — Terminaison. — L'hypertrophie utérine est une affection essentiellement chronique. Quand elle est le résultat d'un arrêt d'involution, elle apparaît assez rapidement et elle succède immédiatement à la période postpuerpérale. Lorsqu'elle provient de causes étrangères à la parturition, elle se développe avec plus de lenteur et d'une manière en quelque sorte latente.

Elle augmente insensiblement par la persistance des causes qui l'ont produite; puis elle demeure stationnaire.

La nature des fonctions utérines peut amener la résolution spontanée de l'hypertrophie simple. C'est ainsi qu'une grossesse intercurrente, en apportant des modifications profondes dans la nutrition interstitielle et dans la vitalité de la matrice, est suivie quelquefois du retour de l'organe à son état normal; de telle sorte qu'une lésion produite par une grossesse est ainsi guérie par une autre grossesse.

A l'inverse de ce qu'on observe pour l'hypertrophie du cœur, l'hypertrophie utérine diminue par les progrès de l'âge. Cette différence dans la marche de l'hypertrophie de deux organes musculaires tient à une différence corrélative dans leur rôle physiologique. Ainsi, il n'y a pas de limites pour les fonctions du cœur; l'âge ne les suspend point; de là la progression croissante de son hypertrophie. L'utérus, au contraire, entre dans le repos quand arrive l'époque de la ménopause; il perd son activité fonctionnelle; il devient, pour ainsi dire, inerte; sa puissance de nutrition diminue au fur et à mesure avec ses aptitudes physiologiques; d'où une tendance à l'atrophie, quand il est à l'état normal, et une tendance à la guérison spontanée, lorsqu'il est hypertrophié.

Pronostic. — L'hypertrophie utérine ne se termine jamais d'une manière fatale. Cette lésion n'offre donc aucun danger pour la vie.

Présente-t-elle quelques inconvénients sérieux pour les fonctions mêmes de l'utérus?

L'hypertrophie occasionne des malaises, quelquefois même des souffrances qui la rendent pénible à certaines malades, parfois à l'égal d'une véritable infirmité.

Elle peut aussi, lorsqu'elle s'accompagne de métrorrhagies fréquentes, déterminer tous les accidents de la chloro-anémie et porter des atteintes profondes à la santé.

Elle n'est pas toujours une cause de stérilité; mais pourtant elle apporte parfois une gêne, un retard, un certain obstacle à la fécondation; et, sous ce rapport, elle mérite qu'on s'en préoccupe.

Traitement.—Au début de l'hypertrophie, notamment de l'hypertrophie causée par un arrêt d'involution, la plupart des auteurs s'accordent à conseiller les antiphlogistiques, les dérivatifs et l'ensemble

des moyens propres à favoriser la résorption des éléments hypertrophiques.

Si l'état des malades le permet, on peut recourir utilement à de petites saignées du bras, de 50 à 60 grammes, pratiquées à des intervalles variables, de quinze à vingt jours, d'abord; et plus tard, de mois en mois, après l'époque menstruelle.

On obtient encore de bons résultats des émissions sanguines locales ou voisines de la région utérine : applications de sangsues sur le col de la matrice, sur le périnée, autour de l'anus, sur l'hypogastre; applications de ventouses scarifiées sur les lombes ou au niveau du sacrum. Ces moyens doivent être répétés assez souvent et avec persévérance pour être efficaces.

Après l'emploi de cette médication, et à une période plus avancée de l'hypertrophie, les révulsifs cutanés sont indiqués : badigeonnages avec la teinture d'iode sur l'hypogastre; onctions d'huile de croton tiglium sur la même région et sur la région lombaire; embrocations avec des pommades résolutives; mais, par-dessus tout, applications fréquentes de vésicatoires volants sur l'hypogastre.

On prescrit en même temps des injections vaginales émollientes et résolutives d'abord (eau de guimauve, eau de pavot, eau de sureau, infusion de morelle, de jusquiame, de belladone, de ciguë); puis astringentes (alun, eau blanche, sulfate de zinc, sulfate de cuivre, perchlorure de fer, infusion de feuilles de noyer).

Les sachets intra-vaginaux médicamenteux ou enduits de pommades belladonées, iodurées, peuvent encore rendre d'utiles services.

Nous considérons l'hydrothérapie comme un moyen puissant et efficace contre l'hypertrophie utérine, surtout lorsque cette lésion est parvenue à la dernière phase de son développement. A l'intérieur, les douches intra-vaginales; à l'extérieur, les douches générales révulsives et les douches circonscrites, dirigées tout autour du bassin, peuvent, étant appliquées méthodiquement et par des mains habiles, favoriser puissamment et même amener la résolution de l'engorgement hypertrophique de l'utérus. Nous avons observé plusieurs faits de ce genre, et M. Fleury en cite de nombreux exemples dans son *Traité d'hydrothérapie*.

Comme remèdes adjuvants, on prescrit à l'intérieur l'iodure ou le bromure de potassium, de préférence le bromure, à la dose de 20 à 50 centigrammes par jour, en deux ou trois fois.

Enfin, on ne doit pas négliger les moyens mécaniques ou hygiéniques propres à favoriser la circulation intra-pelvienne : ceintures abdominales ou hypogastriques pour soulager l'utérus du poids de la masse intestinale; pessaires pour soutenir et soulever la matrice, si elle est abaissée; — lavements émollients, laxatifs doux, pour entretenir la liberté du ventre et prévenir la réplétion et la distension du gros intestin; — exercices modérés; — éloignement de toute excitation génésique.

CHAPITRE XIII.

ATROPHIE DE L'UTÉRUS.

Définition. — En traitant des vices de conformation de l'utérus, nous avons signalé une anomalie très-rare, caractérisée par la petitesse du volume de cet organe, qui demeure, pour ainsi dire, à l'état embryonnaire après l'âge de puberté, tandis que tous les autres viscères ont atteint leur développement régulier et normal. Ce défaut de rapport entre le volume de la matrice et l'âge du sujet constitue un état congénital; c'est le résultat d'un arrêt d'évolution; ce n'est pas une maladie, c'est une infirmité.

L'atrophie est au contraire un état morbide acquis, consistant dans une réduction du volume de l'utérus, qui, après s'être régulièrement développé, tombe au-dessous de ses dimensions normales.

Anatomie pathologique.—Dans l'atrophie utérine, tous les éléments anatomiques de l'organe sont diminués dans des porportions à peu près égales. La membrane muqueuse est amincie; le tissu cellulaire est raréfié; les vaisseaux interstitiels sont moins abondants et plus petits que dans un utérus normal; les vaisseaux périphériques présentent aussi une notable diminution dans leur calibre. Les parois utérines sont très-amincies. Le tissu propre est, en général, plus dense qu'à l'état sain; il offre parfois une consistance presque fibreuse; il est d'une extrême friabilité.

VARIÉTÉS. — L'atrophie peut être générale ou partielle. Dans le premier cas, elle intéresse l'organe tout entier; dans l'autre, elle n'occupe qu'un de ses segments, le col ou le corps.

Quand elle occupe le corps, elle l'envahit le plus souvent dans toutes ses parties; mais quelquefois aussi elle ne porte que sur une de ses parois.

ÉTIOLOGIE. — L'atrophie de l'utérus reconnaît des causes très-diverses : les unes locales, les autres générales; les unes physiologiques, les autres pathologiques.

Parmi les *causes locales*, on doit noter tous les genres de tumeurs intra-pelviennes qui portent atteinte à la nutrition régulière de la matrice ou compromettent son activité circulatoire, soit en exerçant sur cet organe une compression funeste, soit en dérivant à leur profit tout l'effort et toute la richesse de la circulation locale; telles sont les tumeurs de l'ovaire et les tumeurs développées sur les parois du bassin.

Les *causes générales* sont les diathèses, les cachexies, les maladies chroniques, une chloro-anémie profonde, qui, en déprimant les forces organiques et en jetant la perturbation dans les actes nutritifs, font participer l'utérus à l'espèce de déchet dont elles frappent l'organisme entier.

Les *causes physiologiques* sont de deux ordres : d'une part, les progrès de l'âge qui, en amenant, comme nous l'avons déjà dit, le repos fonctionnel et l'inertie de la matrice, en déterminent aussi l'amoindrissement anatomique; — d'autres fois l'excès d'involution ou de l'évolution rétrograde que subit l'utérus après l'accouchement.

Cette dernière cause a été spécialement signalée et bien étudiée par M. Simpson, qui a donné au genre d'atrophie qu'elle produit la dénomination d'*atrophie* par *superinvolution*. On a vu, dans le chapitre précédent, de quelle manière survient l'hypertrophie par subinvolution ou par défaut d'évolution rétrograde, après l'accouchement. L'atrophie est due à une perturbation dans le même travail physiologique, mais à une perturbation s'exerçant, pour ainsi dire, en sens inverse. Si la résorption qui accompagne la délivrance subit un long temps d'arrêt, l'utérus reste hypertrophié; si, au contraire, les progrès de la résorption s'accomplissent trop rapidement, si l'action absorbante est trop active, le retrait de la matrice devient

excessif, et son volume est réduit à des proportions moindres qu'à l'état de vacuité; c'est l'atrophie.

Dans les *causes pathologiques* viennent se ranger les maladies diverses de l'utérus capables de déterminer une résorption de ses éléments anatomiques et une diminution partielle ou générale de son volume; c'est ainsi qu'on a vu quelquefois les métrorrhagies abondantes et répétées amener l'épuisement et l'atrophie de l'utérus. Les phlegmasies chroniques produisent quelquefois l'atrophie; mais le plus souvent l'hypertrophie.

Sémiologie et diagnostic. — L'atrophie de l'organe amène, en quelque sorte, l'atrophie de la fonction. Chez les malades affectées de cette lésion, la menstruation est irrégulière, pauvre, insuffisante, rare; souvent, et surtout lorsque l'atrophie a atteint son dernier degré, les règles manquent et se suppriment d'une manière définitive; il en résulte une véritable ménopause prématurée. En même temps les désirs génésiques s'éteignent, la sensibilité spéciale des organes génitaux s'émousse, les seins se flétrissent, et les femmes, quoique jeunes encore, ne tardent pas à présenter tous les signes d'une caducité précoce et d'une vieillesse anticipée.

Nulle altération de la matrice n'est plus facile à reconnaître que l'atrophie par les moyens directs d'exploration.

On chercherait vainement à sentir l'utérus par le palper hypogastrique.

Par le toucher vaginal, on sent un col fort petit, faisant à peine saillie dans le vagin, donnant la sensation d'une fève du côté de son hile ou d'une cerise du côté de sa dépression caudale.

Le volume du corps est en rapport avec celui du col; il rappelle celui d'une petite figue ou même d'une amande.

L'organe est léger, mobile, comme flottant, presque toujours porté en antéversion ou en rétroversion; quelquefois recourbé, infléchi et comme replié sur lui-même.

Le toucher rectal, combiné avec le toucher vaginal, permet de mieux vérifier encore l'ensemble de ces caractères.

Le museau de tanche apparaît fort réduit dans le champ du spéculum.

L'orifice cervico-vaginal est très-petit, le conduit cervical très-étroit; la cavité utérine très-courte. Si l'on pratique le cathétérisme, il faut se servir d'une sonde très-mince, d'un simple stylet boutonné,

et l'engager avec beaucoup de ménagement dans l'intérieur de l'organe, de peur de perforer ses parois amincies et friables. Dans l'atrophie bien caractérisée, le cathéter ne pénètre pas au delà de 4 centimètres.

PRONOSTIC. — L'atrophie utérine confirmée constitue plutôt une infirmité qu'une maladie. Quand elle est peu prononcée, elle ne suspend pas les fonctions génératrices; elle diminue seulement les aptitudes physiologiques de la matrice. Mais si elle est excessive, elle supprime entièrement la menstruation, et conséquemment elle produit la stérilité absolue.

Cette sorte d'impuissance prématurée exerce sur l'état général des jeunes femmes et sur leurs dispositions morales une influence fâcheuse. La plupart deviennent inquiètes et tristes; elles s'affligent de ne plus pouvoir devenir mères; parfois les fonctions digestives se troublent, deviennent languissantes; la nutrition s'altère, et la chloro-anémie vient se joindre à tous les autres signes d'une santé précaire.

Si donc l'atrophie de l'utérus n'est point par elle-même une lésion grave, elle peut le devenir, dans quelques cas, par la stérilité qu'elle détermine et par les troubles généraux qui en sont la conséquence.

TRAITEMENT. — Lorsque l'atrophie est consommée et qu'elle est excessive, aucun moyen thérapeutique ne saurait prévaloir contre elle.

Quand elle est en voie de développement, on doit essayer d'enrayer sa marche par une médication tonique et stimulante, locale et générale : injections vaginales aromatiques, balsamiques et sulfureuses; douches utérines simples et médicamenteuses; dilatation de la matrice et cathétérisme fréquemment répété; électrisation de la matrice; application des pessaires galvaniques de Simpson. Beaucoup d'auteurs attribuent aussi une efficacité réelle aux rapports conjugaux fréquemment répétés.

Comme traitement général, les toniques, les stimulants, les préparations de quinquina et de fer; l'hydrothérapie; les eaux minérales chlorurées sodiques, ferrugineuses, sulfurées; les bains de mer.

Un régime analeptique et excitant. Les exercices corporels, principalement l'équitation.

Les moyens applicables à l'atrophie commençante le sont également à l'atrophie stationnaire, quand elle est peu marquée.

Il faut toujours avoir garde, dans l'emploi des moyens locaux précédemment énumérés, de ne pas produire d'excitation trop violente, dans la crainte de dépasser les limites de l'irritation physiologique, et de provoquer des inflammations aiguës qui ne seraient pas sans danger ou des phlegmasies chroniques trop souvent rebelles.

CHAPITRE XIV.

DE LA NÉVRALGIE UTÉRINE, OU HYSTÉRALGIE.

HISTORIQUE. — Les symptômes de l'hystéralgie avaient frappé depuis longtemps l'attention des observateurs; mais leur véritable nature avait été méconnue et mise sur le compte de la diathèse rhumatismale.

Depuis le mémoire de Charlton (*Inquisitio physica de causis catameniorum et uteri rhumatismo*, Londres, 1685), le *rhumatisme utérin* était devenu l'objet de travaux importants en Angleterre, en France et surtout en Allemagne. Cependant l'existence de cette affection ne fut pas admise sans controverse. Après de longs débats, le rhumatisme de l'utérus fut considéré comme une maladie propre à l'état de grossesse; et, hormis trois cas très-douteux attribués à un empirique lyonnais, Rodamel, on chercherait vainement dans la science une observation authentique de rhumatisme utérin pendant l'état de vacuité. Aussi n'est-il fait mention de cette maladie dans aucun des traités les plus récents de gynécologie.

En vain M. le docteur Gautier (de Genève) a-t-il cherché, dans un mémoire d'ailleurs fort bien traité (1858), à faire revivre les opinions anciennes sur le rhumatisme de l'utérus. D'accord avec MM. Bennett et Courty, nous n'admettons pas l'existence de cette affection hors de l'état de gravidité, et nous croyons que tous les symptômes qu'on lui a attribués se rapportent à la névralgie utérine ou hystéralgie.

On peut donc dire que la connaissance de l'hystéralgie est de date récente, et que son étude appartient à peu près complétement à notre époque.

Gooch, médecin anglais, est un des premiers auteurs qui se soient occupés de cette maladie (1831).

Dugès et madame Boivin consacrent à l'hystéralgie un chapitre spécial; mais les caractères qu'ils en donnent sont assez mal déterminés, et le peu de développement dans lequel ils entrent témoigne suffisamment de leur embarras à tracer l'histoire d'une affection qui laisse encore tant d'incertitude dans leur esprit.

M. Duparcque ne parle de la névralgie utérine que d'une manière accessoire et comme accidentelle, à l'occasion des douleurs qui accompagnent les phlegmasies de la matrice. Cependant il rapporte deux faits où la nature névralgique des souffrances ne saurait être révoquée en doute, en raison de l'absence de toute lésion matérielle, de la marche de la douleur, et de sa disparition sous l'influence du sulfate de quinine dans un cas, et des pilules de Méglin dans l'autre.

Lisfranc n'a fait aussi qu'entrevoir cette affection; il la décrit, d'une manière vague et très-sommaire, sous le nom d'*état nerveux de la matrice*. Il considère cet état nerveux comme « une imminence de subinflammation », et il conseille de le combattre par les antiphlogistiques, les calmants et le sulfate de quinine uni à l'opium, si la maladie est intermittente. Selon Lisfranc, la névralgie utérine se lie ordinairement à un engorgement de la matrice.

Chomel, dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, établit qu'aucun viscère, le cerveau excepté, n'est plus souvent que l'utérus le siége ou le point de départ de douleurs plus ou moins vives, intermittentes ou rémittentes, qu'il regarde en général comme symptomatiques de diverses lésions matérielles de la matrice, sans en spécifier la nature.

Dans une excellente thèse intitulée : *Essai sur la névralgie intercostale considérée comme symptomatique de quelques affections viscérales*, M. Bassereau formule le premier une opinion précise sur l'hystéralgie symptomatique. « Je n'ai trouvé, dit-il, parmi les cas que j'ai observés, qu'un seul appareil organique dont l'état morbide me paraisse pouvoir être regardé comme le point de départ évident de la névralgie intercostale : je veux parler de l'utérus et de ses annexes. »

Valleix a renversé les termes de la proposition de M. Bassereau. Pour lui, le point de départ de la névralgie est à la périphérie; la douleur utérine n'est qu'un symptôme; ce n'est autre chose, le plus souvent, qu'une névralgie lombo-abdominale dont l'un des foyers ou centres douloureux est dans la matrice.

Malgaigne a ajouté quelques éléments à l'histoire de la névralgie utérine. Il la distingue, suivant son siége, en névralgie du corps et névralgie du col utérin, celle-ci étant infiniment plus commune que la première. Il ajoute que l'hystéralgie est quelquefois simple, mais que plus souvent elle coexiste avec un écoulement leucorrhéique, ou bien encore avec un engorgement du col et même du corps de l'organe. Enfin, il indique un nouveau moyen de traiter cette affection.

M. Bennett décrit les caractères de la névralgie utérine à propos des douleurs qui se montrent dans l'inflammation du col de l'utérus; il indique les signes à l'aide desquels on peut distinguer la douleur névralgique de la douleur inflammatoire; mais il ne cite aucun fait qui témoigne de l'importance qu'il attribue à cette distinction.

M. Scanzoni regarde l'hystéralgie comme une maladie assez rare, dont il n'a observé encore que trois exemples. Aussi l'histoire qu'il en fait est-elle très-incomplète. Pour lui, c'est toujours une névralgie pure, une névralgie idiopathique.

Becquerel s'étend assez longuement sur cette affection. Il en établit clairement l'existence; il en marque avec soin les caractères, la marche et les signes distinctifs; enfin, il passe en revue les différentes médications qui lui conviennent.

MM. Churchill et Courty, dans des ouvrages récents, consacrent un chapitre à la description de la névralgie utérine, sans rien ajouter d'essentiel à son histoire telle que nous l'avons tracée dans la première édition de ce Traité.

Nous avons cru devoir donner quelques développements à ces considérations historiques, afin de mieux faire voir où en est aujourd'hui sur ce point l'état de la science, et combien l'hystéralgie compte d'adeptes parmi les auteurs qui ont écrit sur les maladies utérines.

Il résulte de cette sorte d'enquête, que la plupart des écrivains qui admettent l'hystéralgie n'ont encore donné sur cette affection que des notions insuffisantes et peu précises; mais il s'en faut que son existence soit bien démontrée aux yeux de tous les médecins. Il en est quelques-uns, même de nos jours, qui refusent d'y croire, et qui persistent à confondre la névralgie utérine avec les douleurs qui accompagnent toutes les affections de la matrice.

Ce que nous allons dire touchant l'hystéralgie n'est point une description imaginaire, une espèce de tableau de fantaisie; c'est le

résultat des faits assez nombreux que nous avons observés depuis plusieurs années dans notre pratique.

DIVISIONS. — L'hystéralgie doit être distinguée : 1° en *primitive* et *secondaire ;* 2° en *idiopathique* et *symptomatique.* Ces divisions sont fondamentales et d'une haute importance. C'est faute d'y avoir eu suffisamment égard que beaucoup de praticiens ont méconnu ou nié la névralgie utérine.

Nous nommons *primitive* l'hystéralgie qui survient d'emblée, celle dans laquelle la douleur nerveuse débute par l'utérus pour se propager de là dans différentes régions du corps ; et *secondaire*, celle qui se montre consécutivement à une névralgie développée sur un autre point de l'organisme. Les expressions de primitive et de secondaire ne sont donc pas ici synonymes des mots idiopathique et symptomatique, que nous appliquons exclusivement, le premier aux hystéralgies indépendantes d'une lésion matérielle de la matrice, le second aux hystéralgies développées sous l'influence d'une affection sensible de cet organe.

Nous reviendrons sur ces différentes divisions à propos de l'étiologie et des symptômes.

ÉTIOLOGIE. — Les femmes nerveuses, impressionnables, les hystériques surtout, sont prédisposées à l'hystéralgie. Cette affection s'observe ordinairement dans la période que nous avons nommée génitale ; elle a son maximum de fréquence chez les femmes mariées et pendant les années où les besoins génésiques se font le plus impérieusement sentir. Cependant on l'observe aussi quelquefois chez les jeunes filles vierges ou chez les femmes continentes, ainsi que les autres maladies de l'appareil utérin. Malgaigne dit l'avoir rencontrée quatre fois sur des jeunes filles de seize ans à vingt ans, qui n'avaient jamais eu de rapports sexuels, et l'on trouvera à la fin de ce livre quelques exemples du même genre.

Tout ce qui est susceptible d'exciter, de mettre puissamment en jeu l'activité de l'appareil génital, soit directement, soit d'une manière médiate, peut agir comme cause déterminante de l'hystéralgie. Tels sont : d'une part, l'onanisme, les abus de coït, les désirs trop longtemps contenus; les excitations mécaniques, même indirectes, des organes de la génération, comme les cahotements prolongés d'une voiture, l'équitation, le frottage des appartements, ainsi que

Malgaigne l'a noté sur deux malades; d'autre part, les impressions morales vives et toute espèce d'ébranlements du système nerveux.

Telles sont les causes les plus ordinaires de l'hystéralgie *idiopathique*.

Quant à l'hystéralgie *symptomatique*, elle peut se développer à la suite de toutes les altérations matérielles de la matrice et de ses annexes.

Mais quelles sont les affections auxquelles la névralgie utérine est le plus habituellement liée? La plupart des auteurs n'ont donné là-dessus que des indications vagues. Chomel a noté la métrite granuleuse, la leucorrhée et la métrite interne du col avec ou sans engorgement. M. Bassereau signale des troubles divers dans la menstruation, les flueurs blanches, la métrorrhagie, l'irritation et l'inflammation de la matrice. Malgaigne mentionne l'engorgement du col utérin. Becquerel déclare qu'on voit se développer l'hystéralgie à propos des lésions utérines les plus diverses, aiguës ou chroniques; et il nomme les congestions, l'inflammation aiguë ou chronique du corps de l'utérus, les tumeurs diverses et les affections carcinomateuses. C'est avec raison que Becquerel parle de l'inflammation chronique du corps utérin comme point de départ de l'hystéralgie, bien qu'il ne spécifie pas le siége exact de l'inflammation. Mais nous ne saurions admettre avec lui que cette affection puisse être provoquée par une phlegmasie aiguë. Une pareille assertion nous porte à croire que cet auteur a plus d'une fois confondu les douleurs inflammatoires avec les douleurs névralgiques.

Nos observations nous ont appris que les affections de l'appareil génital, auxquelles l'hystéralgie est le plus souvent liée, sont : la métrite chronique interne et les phlegmasies péri-utérines, mais surtout la métrite interne.

M. Bassereau semble avoir entrevu le rôle des tissus voisins de la matrice dans l'hystéralgie, lorsqu'il dit, après avoir analysé les sept cas qu'il a observés : « Les annexes de l'utérus paraissaient, plus que l'organe, être le siége de la sensibilité vive de ces parties. » M. Bassereau était sur la voie. Sans nul doute, les annexes de l'utérus sont assez fréquemment le point de départ de la névralgie dite utérine; mais il était important d'en mieux préciser l'origine et surtout de bien déterminer la nature de l'affection d'où dépendait l'hystéralgie. Or, c'est ce qui n'a été fait ni par M. Bassereau, ni par les observateurs qui l'ont suivi. Cette affection, nous l'avons déjà dit, c'est l'engor-

gement des tissus péri-utérins. Au reste, il n'est pas étonnant que le phlegmon péri-utérin chronique ait été passé sous silence dans l'histoire étiologique de l'hystéralgie : c'est une lésion dont la connaissance est de date récente et dont l'étude était encore à faire il y a quelques années.

L'importance que nous accordons à la métrite interne et aux phlegmasies péri-utérines dans la production de la névralgie utérine ne nous empêche pas de reconnaître que cette affection peut être aussi symptomatique d'un engorgement du corps et du col de la matrice, des diverses tumeurs et des lésions organiques qui s'y développent.

Symptomatologie. — Qu'elle soit idiopathique ou symptomatique, primitive ou secondaire, la névralgie utérine, prise en elle-même, offre une physionomie à peu près constante. Nous la décrirons ici d'une manière générale, nous réservant d'indiquer, à propos de la marche et du diagnostic, les principaux caractères sur lesquels reposent ces distinctions.

L'hystéralgie est essentiellement caractérisée par des douleurs ayant leur siége principal dans l'utérus, et leur point de départ profondément dans le bassin.

Ces douleurs sont de deux sortes : 1° une douleur sourde, gravative, qui est habituellement continue, ou qui, du moins, persiste pendant un long temps ; 2° une douleur assez vive, aiguë, rapide, intermittente, et présentant des caractères très-variables, tantôt térébrante, tantôt pongitive, mais le plus souvent lancinante : les malades la comparent à une morsure, à un déchirement, à une brûlure, à un coup d'aiguillon, à une piqûre profonde, à un élancement violent, à une commotion électrique, etc. Ces deux formes de douleur existent tantôt isolément, tantôt simultanément ; d'autres fois, elles se montrent d'une manière alternative.

Les douleurs peuvent être générales, c'est-à-dire répandues dans toute la matrice, ou partielles, c'est-à-dire bornées à une région ou même à un point limité de l'organe.

La névralgie partielle occupe tantôt le corps, tantôt le col de l'utérus. La plupart des auteurs s'accordent à considérer la névralgie du col comme infiniment plus fréquente que celle du corps. Nous trouvons que Malgaigne est tombé dans l'exagération, lorsqu'il a déclaré que « le cr tiel de cette affection est la présence d'un point doul on sur le col utérin, point doulou-

reux presque toujours unique et presque toujours aussi situé en avant, un peu à gauche. » Nous n'avons jamais remarqué que l'hystéralgie affectât d'une manière aussi exclusive le col utérin et surtout un point si précis et si rigoureusement limité de cet organe.

Assez souvent l'hystéralgie partielle affecte aussi la forme unilatérale. Alors, elle occupe, tantôt la moitié droite, tantôt la moitié gauche de la matrice, plus souvent la moitié gauche. Cette particularité a été signalée par les premiers auteurs qui ont écrit sur la névralgie utérine. M. Bassereau a noté ce fait quatre fois sur sept femmes atteintes d'hystéralgie.

Dans d'autres cas, la névralgie siége dans tout l'organe, mais la douleur est plus intense d'un côté que de l'autre; et c'est encore le plus souvent du côté gauche. M. Bassereau l'a remarqué sur deux de ses malades.

Cette prédilection de la douleur névralgique pour le côté gauche, dont nous avons eu plus d'une fois l'occasion de vérifier l'exactitude, n'a reçu encore aucune explication; or, l'observation rigoureuse des faits nous a appris que, dans les hystéralgies unilatérales, il existe, assez souvent, une phlegmasie péri-utérine du côté même de la douleur névralgique ou du côté où elle se montre le plus intense. Jusqu'à présent rien ne nous prouve que les phlegmasies péri-utérines soient susceptibles de donner naissance à l'hystéralgie; mais il nous paraît hors de doute qu'elles exercent une grande influence sur le siége de la douleur : nous croyons que ces phlegmasies déterminent, fixent le côté où se manifeste la névralgie.

Les douleurs hystéralgiques éclatent, soit pendant le jour, soit au milieu de la nuit; dans ce dernier cas, elles arrachent brusquement les malades au sommeil.

Toute excitation soit directe, soit indirecte, des organes pelviens, tout ébranlement communiqué au système nerveux général, les coups sur le bas-ventre, les chutes sur le bassin, les commotions d'une voiture, la position assise trop prolongée, la chaleur du lit, les émotions vives, etc., exaspèrent ces douleurs ou les réveillent, si elles sont assoupies. Les parois abdominales sont habituellement d'une extrême sensibilité; le conduit vaginal est parfois tellement douloureux qu'il est fort difficile, ou même impossible, d'introduire le doigt sans arracher des cris aux malades. D'ailleurs, il est rare que les manœuvres du toucher, et surtout la pression immédiate du doigt

sur le col utérin, ne provoquent pas la manifestation des souffrances les plus vives.

La douleur caractéristique de l'hystéralgie reste rarement bornée à la région utérine. Presque toujours elle s'irradie vers les lombes, les aines ou la partie supérieure et postérieure des cuisses; et, suivant le trajet et les ramifications des nerfs cruraux et sciatiques, elle s'étend dans toute la longueur des membres inférieurs. D'autres fois, elle s'accompagne de phénomènes névralgiques dans diverses régions du corps, plus ou moins éloignées de la matrice; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir l'hystéralgie se compliquer de névralgie cervico-brachiale, de névralgie faciale, rarement de névralgie susorbitaire, mais surtout de névralgie intercostale. Cette relation de la névralgie intercostale avec l'hystéralgie a été bien établie surtout, comme nous l'avons déjà dit, par M. Bassereau. Frappé de la coïncidence fréquente de ces deux phénomèmes pathologiques, M. Bassereau admit que l'état douloureux de l'utérus réagissait, par l'intermédiaire des filets du grand sympathique, sur les nerfs intercostaux et en déterminait la névralgie. Nous avons dit également que cette opinion avait trouvé un contradicteur énergique dans Valleix, qui regardait, au contraire, l'hystéralgie comme un des modes de manifestation de la névralgie lombo-abdominale.

Nous croyons, en nous fondant sur la rigoureuse observation des faits, que la vérité est entre ces deux manières de voir.

Quelquefois, sans doute, les douleurs névralgiques commencent par la périphérie; c'est la névralgie intercostale, ou la névralgie lombo-abdominale qui débute; et la névralgie utérine ne se développe qu'après; c'est à cette forme que nous avons donné le nom d'hystéralgie *consécutive* ou *secondaire*; mais, dans l'immense majorité des cas, la douleur commence par la matrice et de là se répand, soit par continuité nerveuse, soit par relation sympathique, dans différentes parties voisines ou éloignées du bas-ventre. C'est l'hystéralgie *primitive* : selon nous, elle est de beaucoup la plus commune.

Dans l'hystéralgie simple, la menstruation conserve quelquefois sa régularité, mais le plus souvent elle est troublée; les règles sont difficiles et même retardées : aussi Gooch a-t-il appelé l'hystéralgie une dysménorrhée permanente. Chez un certain nombre de malades, la fluxion menstruelle est une cause ou une occasion de recrudescence douloureuse.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — L'hystéralgie simple présente une marche assez peu régulière. Elle se manifeste, ainsi que nous l'avons déjà dit, par accès, par crises, dont le retour est subordonné tantôt à des causes apparentes, tantôt à des causes obscures, cachées ou au moins très-difficiles à saisir.

Les crises hystéralgiques affectent rarement un type franchement périodique; cependant nous en avons observé des exemples bien tranchés. Le plus souvent, elles sont soumises à des retours irréguliers et capricieux; elles éclatent une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, sous l'influence des causes que nous avons signalées plus haut.

La durée de l'accès est variable : quelquefois il est très-fugace et cesse au bout de quelques minutes; d'autres fois il persiste pendant plusieurs heures; et c'est à peine si les malades éprouvent, dans une journée, quelques minutes de répit.

Tantôt les douleurs hystéralgiques se terminent brusquement, avec autant de rapidité qu'elles ont apparu; tantôt elles vont diminuant et cessent peu à peu.

Quant à l'hystéralgie elle-même, il est impossible, comme à toutes les névralgies, de lui assigner une durée précise. Nous pouvons dire seulement que la névralgie dure d'autant plus longtemps et résiste avec d'autant plus d'opiniâtreté au traitement qu'elle est de plus ancienne date.

La description précédente, qui se rapporte surtout à l'hystéralgie *idiopathique* convient parfaitement aussi à l'hystéralgie *symptomatique*. Le seul caractère qui distingue ces deux formes de la névralgie utérine, c'est que l'une a une existence propre, indépendante de toute lésion matérielle appréciable de la matrice; tandis que l'autre est étroitement liée à une altération anatomique de l'organe, le plus souvent à une métrite chronique.

Nous avons dit que l'hystéralgie symptomatique est de beaucoup plus fréquente, à tel point que nous ne possédons aucun exemple bien avéré d'hystéralgie idiopathique. Dans ce cas, les douleurs névralgiques de l'utérus sont toujours accompagnées de quelques troubles fonctionnels, annonçant l'existence d'une lésion de la muqueuse ou du parenchyme. Ces troubles fonctionnels, qui toujours précèdent d'abord les phénomènes névralgiques et qui, dans la suite,

se confondent avec eux, varient, comme on le comprend, selon la nature de la maladie primitive, qui est ou une métrite chronique interne ou une métrite externe ou une métrite parenchymateuse, ou un cancer, ou un polype, ou un corps fibreux, etc. Nous ne reviendrons pas sur les signes de chacune de ces affections, qui ont été exposés ailleurs avec tous les développements nécessaires. Nous rappellerons seulement que le plus constant et le plus manifeste tout à la fois, c'est la leucorrhée, signalée par la plupart des auteurs, mais qu'ils ont eu trop souvent le tort d'attribuer à la névralgie utérine, tandis qu'elle est presque toujours le résultat de la lésion matérielle d'où dépend l'hystéralgie elle-même.

Il va sans dire que la marche de l'hystéralgie symptomatique est entièrement subordonnée à celle de l'affection d'où elle dérive; qu'elle s'accroît et diminue avec elle; qu'elle est soumise aux mêmes alternatives de mieux et de pis, ainsi qu'aux mêmes causes de recrudescences. Cette parfaite subordination de la névralgie à la maladie primitive est assurément une des meilleures preuves qu'on puisse produire en faveur de l'hystéralgie symptomatique.

Quelquefois l'hystéralgie disparaît avant la guérison de l'affection qui l'a provoquée; d'autres fois elle persévère jusqu'à la fin, plus rarement elle persiste plus longtemps que la maladie primitive, et devient ainsi idiopathique, de symptomatique qu'elle était d'abord.

Diagnostic. — Les caractères que nous avons assignés plus haut à la douleur et l'absence de toute lésion matérielle permettent de reconnaître aisément la névralgie utérine *idiopathique*. C'est surtout dans cette forme que les douleurs revêtent le type intermittent et reparaissent par crises, à des intervalles inégaux, le plus souvent après des rémittences complètes.

Dans l'hystéralgie *symptomatique*, on trouve réunies les douleurs névralgiques et les douleurs propres aux phlegmasies utérines et péri-utérines. Souvent ces lésions sont assez faciles à découvrir; mais d'autres fois elles passeraient inaperçues si l'on se contentait d'un examen superficiel. Aussi recommandons-nous, pour éviter des erreurs, dont les praticiens les plus éminents n'ont pas toujours su se mettre à l'abri, de procéder avec le plus grand soin à l'exploration des organes génitaux, et de ne pas perdre de vue les signes appartenant aux différentes altérations de la matrice et, en particulier, à la métrite interne. Cependant, nous devons prévenir que,

lorsqu'il existe une hystéralgie, il faut se défier de la leucorrhée, qui peut bien ne pas être toujours l'indice d'une phlegmasie de la muqueuse utérine. En effet, l'hystéralgie provoque quelquefois, par voie de sympathie, une hypersécrétion de la muqueuse de l'utérus, hypersécrétion que l'on a justement comparée au larmoiement qui accompagne la névralgie sus-orbitaire; mais l'écoulement utérin, symptomatique de l'hystéralgie, se distingue par des caractères assez tranchés de l'écoulement symptomatique de la métrite interne. Dans cette dernière affection, le liquide sécrété est assez dense, d'une consistance glaireuse, analogue à du blanc d'œuf : dans la névralgie utérine, il est plus fluide, plus clair, et se rapproche, par ses caractères physiques, de la sérosité. De plus, l'écoulement est continuel dans la métrite interne, tandis que dans l'hystéralgie il ne se produit que pendant les accès ou immédiatement après.

Dans les cas douteux, le traitement pourra servir de pierre de touche. Si l'hystéralgie est symptomatique, les douleurs névralgiques seront calmées par les moyens dirigés contre la phlegmasie utérine ou péri-utérine; mais, au contraire, ces douleurs seront exaltées par ce traitement, si l'hystéralgie est idiopathique.

Un point essentiel encore dans le diagnostic, c'est de reconnaître les sympathies douloureuses que l'hystéralgie éveille dans différentes régions du corps, et, en particulier, dans les nerfs intercostaux. Nous avons dit, en traitant des symptômes, combien la névralgie intercostale s'associait fréquemment à la névralgie utérine; on comprend de quelle importance il est, pour le succès du traitement, de savoir si une névralgie intercostale est idiopathique ou si elle n'est qu'une irradiation de l'hystéralgie. Il ne sera pas moins nécessaire de décider quelle est celle des deux névralgies qui a débuté et qui a été le point de départ de l'autre. Nous avons vu que M. Bassereau et Valleix avaient résolu la question d'une manière diamétralement opposée, et nous avons déclaré que la vérité se trouvait entre les deux opinions extrêmes; cependant nous devons répéter que la névralgie utérine donne plus souvent lieu à la névralgie intercostale que celle-ci ne donne lieu à la première.

Pronostic. — Considérée en elle-même, l'hystéralgie *idiopathique* est une affection sans gravité; elle ne menace jamais les jours des malades; mais si elle est incapable d'occasionner la mort, elle peut, par sa ténacité, par les souffrances aiguës et rebelles qu'elle pro-

voque, devenir le désespoir des médecins et le tourment des femmes qui en sont atteintes. Comme toutes les névralgies, elle se montre d'autant plus réfractaire au traitement qu'elle est plus invétérée. Aussi convient-il de la combattre le plus tôt possible par des moyens appropriés.

L'hystéralgie *symptomatique*, à cause même de la lésion organique qu'elle implique, est plus grave que l'hystéralgie simple; mais sa gravité étant subordonnée à la gravité de l'affection dont elle procède, nous renvoyons, pour le complément du pronostic, aux articles où il est question de la métrite interne, des phlegmasies péri-utérines, du cancer de la matrice, etc.

THÉRAPEUTIQUE. — L'hystéralgie *idiopathique* réclame le traitement ordinaire des névralgies, qui comprend une série de moyens généraux et locaux.

1° **Moyens généraux.** — Ils consistent dans l'administration intérieure des préparations narcotiques (opium, belladone, jusquiame, morelle, etc.), antispasmodiques (valériane, musc, castoréum, asa fœtida, éther, etc.), et dans les inhalations de chloroforme, qui nous ont rendu souvent de très-grands services.

Dans les cas où l'hystéralgie présente le type périodique, on a conseillé l'usage du sulfate de quinine; mais ce médicament, qui réussit quelquefois si bien dans certaines névralgies et en particulier dans la névralgie faciale et sus-orbitaire, a le plus souvent échoué entre nos mains dans la névralgie utérine.

2° **Moyens locaux.** — Le traitement local se compose des topiques divers qu'on applique, soit sur l'hypogastre, soit directement sur les parties endolories.

Sur l'hypogastre on peut appliquer des cataplasmes émollients simples ou laudanisés, des fomentations calmantes, des onctions avec des pommades ou des liniments opiacés, belladonés, etc., des frictions avec des préparations d'éther et surtout de chloroforme; des vésicatoires simples ou mieux encore saupoudrés d'un sel de morphine.

Quelques médecins emploient les bains de siége tièdes, rendus adoucissants par l'addition de guimauve ou de graine de lin, de mo-

relle et de têtes de pavot; les lavements émollients ou narcotiques, les suppositoires calmants, etc.

Mais tous ces moyens sont moins efficaces que ceux qu'on dirige directement sur l'organe douloureux; telles sont les injections vaginales composées de liquides médicamenteux; les pommades ou les huiles narcotiques et antispasmodiques, dont on enduit directement le col de l'utérus, ou qu'on maintient appliquées sur cet organe au moyen d'un tampon de charpie ou de coton préalablement imprégné du médicament.

Aran a proposé une sorte de pâte laudanisée, dont nous avons déjà parlé à propos de la métrite du col, et qui ne nous paraît pas offrir d'avantage réel sur les moyens ordinairement usités.

Nous n'avons jamais vu réussir les douches d'acide carbonique dirigées sur le museau de tanche, qui ont été très-préconisées depuis quelques années; nous ne croyons pas que cette méthode puisse légitimer toutes les espérances qu'avaient fait concevoir ses premiers succès.

Parmi les moyens directement appliqués sur le col de l'utérus, nous devons mentionner d'une manière toute spéciale l'incision de la partie douloureuse, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux, proposée et pratiquée par Malgaigne. Ce chirurgien a fait de ce mode de traitement le sujet d'une note que nous avons déjà signalée au commencement de ce chapitre, et publiée en 1848 dans la *Revue médico-chirurgicale*. On trouve dans ce travail la relation de deux cas d'hystéralgie traités avec succès par l'incision de la lèvre douloureuse. Nous comprenons que la modification du tissu qui résulte d'une solution de continuité, la douleur et l'hémorrhagie qui suivent l'opération, soient de nature à faire cesser, d'une manière temporaire ou même définitive, un état névralgique essentiel; mais il nous paraît difficile d'obtenir la guérison d'une hystéralgie symptomatique par le procédé de Malgaigne. Les tentatives que nous avons faites à cet égard ne nous ont pas donné des résultats aussi favorables que ceux annoncés par ce professeur; nous n'avons jamais obtenu qu'un soulagement momentané; et nous ne saurions admettre que l'incision puisse être considérée comme une sorte de spécifique de la névralgie utérine.

Dans un cas, nous avons modifié avec avantage le procédé de Malgaigne. Ayant observé qu'il existait un foyer douloureux à la face interne du col, nous avons, à l'aide d'un bistouri boutonné, pratiqué

des incisions multiples sur les parois mêmes du canal cervical, au lieu d'inciser, comme d'ordinaire, les lèvres du museau de tanche. Sous l'influence de cette opération répétée trois fois, à quelques jours d'intervalle, les douleurs névralgiques se dissipèrent sans retour, et avec elles les accidents nerveux dont elles étaient l'origine.

Les injections hypodermiques, soit avec une solution d'un sel de morphine, soit avec une solution de sulfate neutre d'atropine, ont été employées, dans ces derniers temps, avec des résultats variables. Nous les avons portées successivement, tantôt dans le tissu même de l'utérus avec une longue canule adaptée à la seringue de Pravaz, tantôt dans les parois de la vulve, ou à l'hypogastre ou dans la région sacrée, suivant le siége de la douleur et le foyer de son maximum d'intensité. Quel qu'ait été le point d'insertion de la solution calmante, le soulagement n'a été que momentané. Néanmoins c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger et auquel il convient toujours de recourir avant d'en venir à l'incision du col.

Pour le traitement de l'hystéralgie *symptomatique*, l'indication fondamentale ressort de la nature même de l'affection primitive. Il est d'une saine thérapeutique de s'occuper d'abord, et d'une manière à peu près exclusive, de la maladie d'où procèdent les douleurs névralgiques. Un traitement convenable, dirigé contre la phlegmasie ou la lésion organique qui tient l'hystéralgie sous sa dépendance, atténuera l'effet en faisant diminuer l'intensité de la cause.

On peut néanmoins, surtout si les douleurs sont trop vives, chercher à les modérer par l'usage des préparations calmantes, suivant les différents modes d'administration que nous avons fait connaître plus haut; mais on n'oubliera pas que, tant que l'affection primitive subsiste, ces moyens ne doivent être employés qu'à titre d'auxiliaires. Leur usage ne saurait faire négliger le traitement, beaucoup plus important, de la lésion matérielle de l'utérus ou de ses annexes. Pourtant il ne faut pas se dissimuler qu'il y a souvent un grand avantage à débarrasser les malades de cette fâcheuse complication. Dans la métrite interne, par exemple, la douleur névralgique est un élément continuel d'irritation, qui, en entretenant et même en augmentant sans cesse le molimen inflammatoire, ne peut qu'exercer une influence funeste sur la marche de la phlegmasie utérine. Dans ce cas, il est nécessaire d'attaquer énergiquement l'hystéralgie, en même temps que la lésion matérielle dont elle dérive.

Lorsque l'hystéralgie symptomatique survit à l'altération primitive, on rentre, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans les cas d'hystéralgie idiopathique. On a recours alors aux médications exposées plus haut. On peut aussi essayer avec prudence l'électrisation.

Il est un moyen que nous avons réservé pour la fin de ce chapitre, parce qu'il est applicable à un grand nombe de cas, et que l'expérience nous a appris à le considérer comme le plus efficace : nous voulons parler de la cautérisation transcurrente superficielle. Nous avons déjà signalé les services immenses que cette méthode de traitement nous rend journellement dans les troubles nerveux symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes. Nous avons eu de fréquentes occasions de constater aussi son utilité dans l'hystéralgie. On a vu que les douleurs, dans cette affection, demeurent rarement limitées à la région utérine, qu'elles se disséminent ordinairement dans les parois abdominales, les lombes, les membres inférieurs, les parois thoraciques et les extrémités supérieures. Les indications et le manuel opératoire ne diffèrent en rien des règles que nous avons posées à ce sujet (p. 307).

A propos du pronostic, nous avons dit combien étaient opiniâtres les névralgies utérines anciennes, c'est-à-dire celles qui remontent à dix ou douze ans et au delà. Nous avons vu quelques-unes de ces affections de très-vieille date résister à tous les moyens que nous venons d'exposer. Il en est, en cela, de l'hystéralgie comme de la sciatique, de la névralgie faciale et de toutes les névralgies en général. Elles finissent, au bout de plusieurs années, par devenir réfractaires à toute thérapeutique, même à la cautérisation transcurrente superficielle, et par constituer ainsi des infirmités incurables.

CHAPITRE XV.

DES TUMEURS FIBREUSES OU CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS.

Définition. — On décrit indistinctement sous le nom de *corps fibreux*, de *tumeurs fibreuses*, de *fibroïdes* ou de *fibromes* de l'utérus, des corps blancs, durs, arrondis ou ovalaires, indolores, qui naissent et se développent dans le tissu de cet organe (F. Guyon, *Thèse d'agrégation*).

HISTORIQUE.—Longtemps confondues avec le squirrhe, les tumeurs fibreuses ont été distinguées, pour la première fois, du cancer par Chambon et par Baillie, qui en firent une description spéciale, le premier sous le nom de *sclérome*, le second sous celui de *tubercule*. Cependant ce n'est que depuis les travaux de Bayle, de Bichat et de Roux, au commencement de ce siècle, que l'histoire de cette affection a été constituée d'une manière à peu près définitive. Des travaux importants sur le même sujet ont été successivement publiés par Dupuytren, Cruveilhier, Malgaigne, Robert Lee, Amussat, Jarjavay, Lebert, Robin, Félix Guyon et Broca.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Siége.* M. Cruveilhier signale comme un des traits les plus remarquables de la pathologie de la matrice l'affinité toute particulière du tissu de cet organe pour les tumeurs fibreuses.

Ce n'est pas à dire que l'utérus soit leur siége exclusif; car on a trouvé des productions de cette nature dans l'ovaire, dans l'épaisseur des ligaments larges et dans les parois du vagin; mais l'utérus est certainement leur siége de prédilection. Elles occupent tantôt le corps, tantôt le col de l'utérus; parfois elles s'étendent simultanément sur ces deux parties. Cependant c'est dans le corps utérin et dans sa paroi antérieure qu'elles se montrent le plus souvent (Sims).

Nombre. — Elles sont le plus ordinairement uniques ou solitaires, quelquefois multiples. Dans ce dernier cas, elles sont tantôt disséminées et isolées par des cloisons de tissu sain, tantôt agglomérées et renfermées dans une même loge.

Volume et poids. — Leur volume varie depuis la petitesse d'un grain de chènevis jusqu'à la grosseur d'une tête d'adulte. Nous en avons même rencontré une, chez une malade de la Salpêtrière, qui avait le volume d'un potiron. On a vu des corps fibreux qui pesaient jusqu'à 20 kilogrammes.

Forme. — Leur forme la plus constante est la forme arrondie ou sphéroïdale. Leur surface est habituellement unie et lisse; mais d'autres fois elle est mamelonnée et creusée de scissures plus ou moins profondes. Quand ces tumeurs sont gênées dans leur évolution, elles se déforment et prennent l'apparence polyédrique; on observe surtout cette dernière disposition lorsqu'elles sont agglomérées en assez grand nombre, et qu'elles se touchent et se compriment les unes les autres.

Coloration. — Leur coloration ordinaire, et pour ainsi dire normale, est la teinte blanchâtre, nacrée ou légèrement opaline des tissus ligamenteux; mais la coloration primitive peut être plus ou moins altérée par une infiltration séreuse, une extravasation sanguine ou une incrustation cartilagineuse ou calcaire : de là ces teintes jaunâtres, grises, brunes et ardoisées qu'on rencontre quelquefois.

Consistance. — Leur consistance est ferme, un peu élastique, ce qui l'a fait justement comparer à celle des disques intervertébraux.

Structure. — Si on les divise avec le scalpel, leur tissu crie sous l'instrument, et l'on constate qu'il est constitué par un amas de fibres d'un blanc brillant, tantôt disposées en faisceaux et entremêlées d'une manière inextricable, tantôt pelotonnées et enroulées en noyaux distincts. Quelquefois on trouve une substance grenue, disséminée au milieu du tissu filamenteux.

Les corps fibreux se développent au sein même du tissu propre de la matrice; le plus souvent ils en sont isolés, ou ne lui sont unis que par un tissu cellulaire très-lâche, vivant ainsi d'une existence indépendante, en quelque sorte parasitaire, et se laissant alors très-facilement énucléer, comme un noyau de la pulpe d'un fruit très-mur. Quelquefois cependant ils semblent s'entrelacer aux fibres utérines, et contracter avec elles des adhérences assez intimes. Mais ces adhérences n'ont rien de normal; elles sont exceptionnelles et considérées par tous les anatomo-pathologistes comme morbides.

Les fibromes utérins sont dépourvus de nerfs, d'artères et de vaisseaux lymphatiques; ils sont pénétrés seulement par des veines dont le nombre et le volume sont proportionnés au développement de la tumeur et qui s'abouchent avec un réseau veineux superficiel, abondant, communiquant largement avec les veines de la matrice.

MM. Lebert et Robin ont soigneusement étudié au microscope la structure intime des corps fibreux utérins, et les ont rangés dans la classe des *fibroïdes* ou *fibromes*. Ces deux micrographes distingués sont arrivés aux mêmes résultats. Ils ont trouvé que ces tumeurs étaient constituées par des fibres fines, longues, parallèles, à contours assez nettement tracés, réunies le plus souvent en faisceaux; par des globules fusiformes, renfermant un petit noyau et analogues aux éléments fibro-plastiques; enfin, par des granules beaucoup plus petits, ronds ou elliptiques, et beaucoup de noyaux moléculaires : c'est-à-dire par du tissu cellulaire, par des éléments fibro-

plastiques, et par des fibres cellules musculaires analogues à celles de l'utérus et plus volumineuses que ces dernières.

M. Robin a signalé, en outre, « la présence constante, dans ces tumeurs, d'une grande proportion de matière amorphe, finement granuleuse, très-tenace, demi-solide, qui maintient fortement adhérentes les unes aux autres les fibres du tissu cellulaire et les fibres musculaires ».

La structure des fibroïdes de l'utérus serait donc, d'après les micrographes, essentiellement musculaire. Aussi Vogel les regarde-t-il comme un développement anormal de l'élément musculaire de l'utérus. Nous ne saurions adopter cette opinion, qui, d'ailleurs, n'est point partagée par Bayle, Velpeau, MM. Cruveilhier, Paget et F. Guyon.

M. Broca, dans son *Traité des tumeurs*, désigne les corps fibreux sous le nom d'*hystéromes*, « pour indiquer non pas leur siége (car il y en a hors de l'utérus), mais leur structure (F. Guyon). »

Les tumeurs fibreuses ne présentent pas toujours l'état d'intégrité que nous venons de décrire.

Elles sont susceptibles d'atrophie, à toutes les périodes de leur existence ; et cette atrophie se révèle, suivant M. Cruveilhier, par une sorte de condensation, de flétrissure de leur tissu et de diminution notable de leur vascularisation superficielle ou profonde.

Elles peuvent subir la transformation calcaire. Quelquefois l'incrustation commence par le noyau central et envahit peu à peu la tumeur tout entière ; le plus souvent la dégénérescence débute par les couches superficielles et forme un encroûtement périphérique. Ce sont là ces *concrétions calculeuses de la matrice* sur lesquelles Louis a publié un intéressant mémoire.

Suivant quelques auteurs, les fibromes peuvent se ramollir et s'infiltrer de sang ou de sérosité. Quelquefois ces deux liquides forment des collections, de véritables kystes dans l'épaisseur de la tumeur.

MM. Verneuil et Fénerly ont rencontré des bourses séreuses dans la couche celluleuse qui sépare les corps fibreux du tissu propre de la matrice.

On a trouvé des hystéromes baignés dans le pus, et des abcès dans leur partie centrale.

M. Cruveilhier cite un cas de gangrène au centre d'un corps fibreux ; mais cette altération, très-rare dans les fibromes sessiles ou interstitiels, se produit ordinairement à l'extrémité libre des fibroïdes pédiculés.

Quant à la dégénérescence cancéreuse, admise par un certain nombre d'auteurs, nous ne l'avons jamais observée, et, selon M. F. Guyon, il n'en existe aucun exemple bien avéré.

La présence des tumeurs fibreuses exerce une influence sur le tissu même de l'utérus et quelquefois aussi sur les organes voisins.

Les fibromes interstitiels augmentent la vitalité de la matrice; ses éléments musculaire et vasculaire s'hypertrophient; l'organe prend alors un aspect, une forme et un développement analogues à ceux de l'état gravide.

Si le corps fibreux siége dans l'épaisseur du col, cette partie de l'organe devient proéminente comme dans l'allongement hypertrophique.

Enfin l'utérus est porté en antéversion ou en rétroversion suivant que le fibroïde occupe la paroi antérieure ou la paroi postérieure de l'organe.

Dans le premier cas, la tumeur comprime la vessie et refoule sa paroi postérieure et son cul-de-sac; dans le second cas, la compression s'exerce sur le segment antérieur du rectum, dont le calibre est ainsi plus ou moins oblitéré.

Classification. — Les tumeurs fibreuses restent quelquefois dans l'épaisseur même du tissu utérin où elles ont pris naissance; d'autres fois, en se développant, elles se rapprochent de plus en plus de l'une des faces de la matrice et forment un relief qui soulève ou la muqueuse utérine ou le feuillet péritonéal. Dans certains cas même, elles se détachent du tissu propre utérin, et ne tiennent à l'organe que par un pédicule plus ou moins long et grêle, formé de la seule membrane qui les recouvre, d'un peu de tissu cellulaire et de quelques vaisseaux très-grêles. On les confond alors avec les polypes fibreux.

Selon celle de ces trois positions qu'ils occupent, les corps fibreux ont été distingués en : 1° *interstitiels* ou *intra-muraux*; 2° *sous-muqueux*; 3° *sous-péritonéaux*.

Etiologie. — Bayle déclare qu'on ne rencontre guère, et peut-être jamais, les tumeurs fibreuses utérines avant l'âge de trente ans. C'est aussi l'opinion de Boyer et de M. Cruveilhier. Cependant, nous avons observé un hystérome très-volumineux chez une femme de vingt-six ans, qui plus tard a été opérée par M. Nélaton. Des cas analogues ont été cités par Malgaigne, M. West et M. Sims.

Les fibromes sont tellement communs chez les femmes plus avan-

cées en âge, que, sur 100 femmes âgées de plus de trente-cinq ans, prises indistinctement, Bayle en a trouvé 20 qui étaient affectées de ce genre de lésion.

Les observations que nous avons faites à la Salpêtrière nous ont donné des résultats semblables : nous avons trouvé des tumeurs fibreuses, de volumes très-variés, chez le cinquième des femmes environ. La statistique de M. Sims fournit les mêmes résultats. Sur 605 malades traitées par ce chirurgien, 119 avaient des fibroïdes utérins, c'est-à-dire à peu près 1 sur 5 1/2.

Parmi les 20 femmes observées par Bayle, le plus grand nombre portait encore les signes physiques de la virginité; d'où Bayle inférait que le célibat semble favoriser le développement des corps fibreux de l'utérus. Les recherches de Dupuytren et de Malgaigne viennent à l'appui des idées de Bayle. Sur 100 vierges, qui se sont présentées à sa consultation pour une maladie quelconque de l'utérus, M. Sims en a compté 24 ou 1 sur 4 1/6, atteintes de tumeurs fibreuses. Sur 87 cas de fibromes utérins observés par M. West, 59 appartenaient à des femmes mariées, et 28 à des femmes non mariées. C'est à peu près la même proportion. Les résultats de notre pratique ne diffèrent point de ceux de MM. Sims et West. Il est donc permis de considérer l'opinion de Bayle comme exagérée, et de conclure que, si le célibat absolu ne met pas à l'abri des tumeurs fibreuses, il ne doit pas être rangé non plus parmi leurs causes prédisposantes.

Tout ce qu'on a dit des causes *occasionnelles* de cette affection est trop conjectural pour mériter que nous le répétions ici.

Quant aux théories imaginées pour expliquer la naissance des hystéromes et leur mode de formation, ce sont de pures hypothèses, qui toutes témoignent une fois de plus de l'impuissance de nos efforts pour remonter jusqu'aux causes premières des maladies.

Vogel regarde les fibromes utérins comme des hypertrophies partielles du tissu propre de l'organe.

M. F. Guyon est porté à admettre que les tumeurs fibreuses sont formées de toutes pièces dans un blastème épanché au sein de la substance utérine. Ce serait donc d'après lui, non pas une hypertrophie, mais un néoplasme.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les corps fibreux, d'un petit volume et enkystés au sein du tissu propre de la matrice, ne révèlent leur

existence par aucun trouble fonctionnel, et passent habituellement inaperçus, du vivant de la femme.

Mais ceux qui ont acquis un certain volume et qui font un relief plus ou moins apparent, soit dans la cavité utérine, soit hors de la matrice, dans l'excavation pelvienne, donnent lieu à divers symptômes locaux et à différents phénomènes sympathiques, que nous allons exposer rapidement.

1° **Signes rationnels.** — Les fibroïdes, en modifiant les conditions anatomiques de l'utérus, provoquent des troubles notables dans la menstruation. Les règles deviennent irrégulières, capricieuses, plus abondantes que de coutume; elles s'accompagnent généralement de douleurs expulsives; et la durée de l'époque menstruelle est plus longue.

Ils déterminent aussi, pendant la période intermenstruelle, des métrorrhagies, dont la fréquence et la quantité sont variables, et qui proviennent, non point du corps fibreux lui-même, mais de la congestion qu'il provoque et qu'il entretient sans cesse, autour de lui, dans le tissu utérin.

Par l'irritation incessante qu'ils produisent sur la muqueuse utérine, ils deviennent encore la source d'écoulements muqueux, sanguinolents ou muco-purulents très-opiniâtres.

Il n'est pas rare de rencontrer dans ces matières leucorrhéiques des concrétions calcaires, des espèces de calculs grisâtres, irréguliers, anfractueux, qui sont regardés avec raison comme caractéristiques des fibromes utérins. Nous avons signalé, en effet, à propos de l'anatomie pathologique, la tendance qu'ont ces sortes de tumeurs à s'incruster de sels calcaires.

Les corps fibreux, quand ils ont acquis un certain volume, déterminent dans le bassin des douleurs sourdes, profondes, gravatives, des tiraillements dans les lombes et dans les régions inguinales, un sentiment de pesanteur et de gêne au périnée, des lassitudes ou des engourdissements dans les jambes, de la constipation, du ténesme vésical et des envies fréquentes d'uriner, plus souvent encore de la dysurie et de la rétention d'urine.

Ces troubles de la miction sont assez fréquents, non-seulement dans une période avancée de la lésion, lorsque la tumeur refoule la vessie ou comprime le col de cet organe, mais aussi au début, alors que le fibroïde n'a pas encore attiré l'attention par son volume. Nous avons donné des soins à des malades, les unes mariées, les autres

vierges, atteintes de tumeurs fibreuses remontant au-dessus de la région ombilicale, sans qu'il en fût résulté aucun dérangement dans la menstruation, ni aucune métrorrhagie, mais qui avaient éprouvé des phénomènes de dysurie et de rétention d'urine à une époque où la tumeur utérine n'avait pas encore franchi la ligne pubienne.

Des cas semblables sont rapportés par M. Hervez de Chégoin, par M. Nélaton, et récemment par M. Bailly, dans une des séances de la Société de chirurgie (22 juillet 1868).

Nous avons observé aussi des exemples de fibroïdes utérins ne se manifestant que par une constipation absolue, causée par un tel aplatissement du rectum, qu'une sonde n'y pouvait passer.

Ces faits ne doivent pas être perdus de vue; en raison même de leur apparente anomalie, ils ont une très-grande importance pour le diagnostic des tumeurs fibreuses utérines.

2° **Signes sensibles.** — En général, quel que soit le siége de la tumeur fibreuse, on constate par le toucher que l'utérus est plus volumineux et plus lourd que dans l'état normal, et qu'il a subi un certain degré de déplacement ou de déviation.

Si le corps fibreux est *interstitiel* ou s'il est *sous-muqueux*, et qu'il soit encore entièrement renfermé dans la cavité du corps de l'utérus, l'augmentation de volume et de poids de l'organe, son changement de situation ou de direction, la sensation d'une tumeur arrondie, régulière, très-dense, très-dure, sont les seuls phénomènes que révèle le toucher vaginal. Cette tumeur refoule le cul-de-sac vaginal antérieur, si elle est située dans la paroi antérieure de la matrice; on la sent, au contraire, par le cul-de-sac postérieur, si elle occupe la paroi utérine postérieure.

Par le palper hypogastrique, on sent au-dessus du pubis le relief arrondi, globuleux et dur que forme la matrice.

Le volume, le poids et la densité de la tumeur s'apprécient mieux encore par le toucher vaginal et le palper hypogastrique réunis.

Par le toucher rectal, on constate aisément la présence d'une tumeur fibreuse dans la paroi postérieure de l'utérus. On trouve le calibre du rectum plus ou moins diminué ou oblitéré par le refoulement de la paroi antérieure de cet organe.

Quelquefois le corps fibreux envahit aussi l'une des lèvres du col de la matrice, généralement la lèvre postérieure. Le museau de tanche et le cul-de-sac vaginal présentent alors une déformation

qu'il est facile d'apprécier par le toucher et par le spéculum.

La lèvre intacte conserve sa position et son volume normal. Mais la lèvre occupée par le corps fibreux est volumineuse et plus ou moins allongée; elle proémine, elle descend dans le vagin, à une distance variable de la vulve, de manière à obstruer plus ou moins ce conduit et à effacer entièrement le cul-de-sac vaginal correspondant.

Par le toucher rectal, on peut s'assurer dans ce cas, de la parfaite continuité de la lésion, qui occupe simultanément l'une des parois du corps utérin et la moitié correspondante du col.

Lorsque la tumeur fibreuse, interstitielle ou sous-muqueuse, se montre à l'orifice du museau de tanche, il est aisé de la sentir par le toucher vaginal et de la voir, à l'aide du spéculum, à travers le conduit du col utérin dilaté, comme nous l'exposerons à propos des *polypes*, dans le chapitre suivant.

Les fibroïdes utérins *sous-péritonéaux non pédiculés*, faisant corps avec l'utérus, se reconnaissent par les différents procédés d'exploration directe.

Une intéressante particularité révélée par le toucher vaginal et le palper hypogastrique combinés, c'est la disproportion de volume qui existe généralement entre l'utérus et le corps fibreux. Au lieu de prendre part au développement de la tumeur, comme dans les fibromes interstitiels, l'utérus conserve ici, le plus souvent, son volume normal, tandis que le fibroïde augmente en grosseur. Il en résulte que, au toucher, on sent deux tumeurs : l'une, petite, ayant la configuration, la consistance élastique et les dimensions de la matrice; l'autre, plus volumineuse, dure, un peu bosselée et séparée de la première par une sorte de collet ou d'étranglement : c'est le corps fibreux.

En général, les fibroïdes sous-péritonéaux non pédiculés, parvenus à un certain degré de développement, s'élèvent au-dessus de la symphyse pubienne et proéminent dans la cavité abdominale.

Les fibroïdes *sous-péritonéaux pédiculés*, au contraire, flottent, pour ainsi dire, dans le bassin, mais hors de la cavité du péritoine. On les sent, selon le lieu d'insertion de leur pédicule, soit en avant, soit en arrière de la matrice, soit sur ses parties latérales. Quand leur pédicule est suffisamment long, on peut constater leur extrême mobilité à l'aide du toucher.

Quelquefois ces tumeurs, après avoir été mobiles et flottantes, cessent de l'être. Dans ce cas leur fixité est due à des adhérences qu'elles contractent avec les parois pelviennes.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — L'évolution des corps fibreux s'accomplit dans un temps très-variable, mais toujours avec une grande lenteur. Bayle a distingué trois phases dans leur développement: dans la première, ces tumeurs seraient charnues et molles; dans la deuxième, dures et cartilagineuses; dans la troisième, osseuses ou pierreuses. Cette distinction n'est pas très-exacte; elle conviendrait mieux à certains polypes qu'aux corps fibreux. Ces dernières productions ne sont jamais molles et charnues, au début; elles peuvent se ramollir sous l'influence d'un processus pathologique; mais c'est là une dégénérescence et non point un état habituel des fibromes utérins. Ce qui les caractérise essentiellement, c'est leur consistance, leur dureté fibreuse ou fibro-cartilagineuse. La première période, établie par Bayle, manque donc de fondement solide; elle ne peut reposer que sur une erreur de diagnostic : nous sommes forcés de la rejeter. Quant aux deux autres périodes, elles existent réellement. La tumeur fibreuse devient de plus en plus dure et dense; elle s'incruste souvent de sels calcaires, qui lui donnent l'aspect et la consistance d'un os ou d'une pierre. C'est alors que des fragments peuvent s'en détacher, et se montrent, sous forme de petits calculs, mélangés aux matières leucorrhéiques. Nous avons déjà dit que ces concrétions lithiques étaient surtout fréquentes dans les tumeurs fibreuses interstitielles et de petit volume.

Les corps fibreux, ainsi que nous l'avons déjà dit, se comportent de diverses manières dans leur développement. Quelques-uns s'arrêtent dans leur évolution, subissent la transformation pierreuse et ne dépassent guère le volume d'un pois, d'une amande ou d'une noix. Ce mode de guérison spontanée *par atrophie* est assez rare.

D'autres prennent surtout de l'accroissement en surface; ils envahissent peu à peu le tissu de la matrice, en lui conservant sa conformation normale; ils semblent se mouler sur les parois de l'utérus. Il en est enfin de sphériques, qui, reposant primitivement sur le tissu de la matrice par une large base, s'en détachent à mesure qu'ils s'accroissent, et font une saillie de plus en plus prononcée, soit dans la cavité utérine, soit dans le bassin. Les premiers, en s'enveloppant de la muqueuse utérine, les seconds, en soulevant le péritoine, pren-

nent l'aspect d'une tumeur, dont la partie adhérente, de plus en plus effilée, s'allonge en forme de pédicule, à la manière des tumeurs polypeuses, que nous décrirons dans le chapitre suivant. Pour l'étude de la marche ultérieure et des diverses transformations des corps fibreux pédiculés qui se développent dans la cavité utérine, nous renvoyons à ce chapitre.

Une remarque faite par tous les observateurs, c'est que le développement des fibroïdes est bien plus rapide chez les femmes jeunes et menstruées que chez les femmes âgées et non menstruées. Il n'est pas rare de voir les corps fibreux rester stationnaires après la ménopause.

Non-seulement les fibroïdes demeurent généralement stationnaires à partir de l'âge critique ; mais même alors on les a vus quelquefois diminuer spontanément de volume. Des faits de ce genre ont été signalés par Arnott, Robert Barnes, Hutchinson, Ashwell, Cazeaux et M. Huguier. Jamais, cependant, on n'a signalé d'exemples de disparition absolue, d'absorption complète de ces tumeurs, dans l'état de vacuité. Ce phénomène, au dire de certains auteurs, se produit parfois après la grossesse, comme nous l'indiquerons bientôt, en parlant de l'influence de la gestation et de la puerpéralité sur la marche et la terminaison des tumeurs fibreuses.

Un mode de terminaison très-favorable aussi, mais également assez rare hors de l'accouchement, c'est l'expulsion spontanée. MM. Cruveilhier et Marchal (de Calvi) en ont cité des exemples. Le plus remarquable est celui que M. Nélaton a rapporté dans une de ses leçons cliniques, et qui a été observé par M. le docteur Thierry. La malade éprouva des douleurs expulsives, des contractions violentes, comme pour accoucher. On crut à une grossesse parvenue à son terme. Elle accoucha d'une énorme tumeur fibreuse. Les faits analogues publiés par le docteur Clintock, dans *the Dublin quarterly Review* (février 1868), sont plutôt relatifs à des polypes qu'à des corps fibreux proprement dits.

Lorsque la tumeur est peu volumineuse, l'élimination peut se faire tout d'une pièce ; mais si le fibrome est d'une grosseur considérable, il est expulsé par fragments. Le plus souvent, l'art est obligé d'intervenir pour favoriser ou achever la sortie de ces tumeurs.

Les fibroïdes sous-péritonéaux se détachent, quelquefois spontanément, ou sous l'influence d'une violence extérieure, de leur

point d'insertion, et tombent dans l'excavation pelvienne. En général, leur chute n'occasionne aucun accident grave ; ils se logent dans quelques parties du bassin et finissent même par s'y fixer en contractant des adhérences avec les parois. Dans d'autres cas, surtout s'ils sont volumineux, ils peuvent comprimer la vessie, les intestins, produire des symptômes d'étranglement interne, des contusions, des inflammations viscérales ; en un mot, la série des accidents redoutables que nous signalerons plus bas.

Lorsque les corps fibreux utérins aboutissent à une terminaison funeste, c'est généralement en provoquant dans l'utérus même ou dans les organes abdominaux des accidents graves et des complications irrémédiables.

Tant que les fibromes restent comme enkystés dans le parenchyme même de la matrice, ils ne déterminent aucun symptôme inquiétant. Mais quand, au contraire, ils ont envahi et détruit la couche de tissu sain qui les enveloppe et qu'ils se sont fait jour en dehors du tissu propre de l'utérus, soit vers la cavité de l'organe, soit du côté du péritoine vers la cavité pelvienne, la porte est, pour ainsi dire, ouverte à tous les dangers et à toutes les conséquences fatales.

Dans le cas où le fibrome tombe dans la cavité utérine, son élimination spontanée, dont il a été question plus haut, est la seule terminaison heureuse qui puisse en résulter. Mais si l'expulsion ne se fait pas, la muqueuse étant lésée, les tissus ramollis, les vaisseaux déchirés et béants, il survient des métrorrhagies fréquentes, abondantes, quelquefois incoercibles, qui jettent les malades dans un état anémique profond, épuisent l'organisme et finalement amènent la mort par le marasme.

Les tumeurs fibreuses qui font issue hors de l'utérus, dans l'abdomen ou dans le bassin, peuvent donner naissance aux suites les plus funestes. — Roux a cité le cas d'une perforation du vagin par un corps fibreux. Lisfranc et M. Demarquay ont rapporté des exemples de perforations de la cloison vésico-vaginale et de la vessie par des fibroïdes utérins. — Ces tumeurs exercent quelquefois sur les intestins des compressions excessives et produisent tantôt des phénomènes d'étranglement, tantôt des mortifications et des perforations des tuniques intestinales. — M. le docteur Loir a signalé le cas d'un fibrome qui avait perforé la paroi abdominale et était sorti sous la forme d'une masse noirâtre et fon-

gueuse, à travers la peau gangrenée de l'hypogastre. — Parfois, sous l'influence d'un coup, d'une chute, de manipulations trop multipliées, une inflammation aiguë s'empare de la couche celluleuse qui entoure le fibroïde et qui l'unit aux fibres utérines; la suppuration survient; le processus inflammatoire gagne le péritoine, et les malades succombent aux symptômes d'une métro-péritonite aiguë.

Les fibromes volumineux, notamment les fibromes sous-péritonéaux, donnent naissance parfois à l'ascite, suivant les observations faites par Trousseau, par M. Cruveilhier et par nous-mêmes.

Nous avons déjà dit que la terminaison par gangrène était rare, même douteuse et sujette à vérification.

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT SUR LES FIBROMES UTÉRINS. — La grossesse et l'accouchement ne sont pas incompatibles avec la présence d'un corps fibreux dans le tissu de l'utérus, ainsi que nous l'exposerons plus longuement à l'occasion du pronostic. Ici nous dirons simplement quelques mots de l'influence que la gestation et la puerpéralité exercent sur la marche et la terminaison des corps fibreux.

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur les fibromes utérins s'accordent à reconnaître que ces tumeurs, participant au mouvement nutritif que la grossesse imprime à la matrice, augmentent de vitalité, de vascularisation, et subissent une véritable hypertrophie. Suivant le docteur Ashwel, les corps fibreux se ramollissent vers les derniers mois de la gestation, leur vascularité s'accroît et conduit à la suppuration ; la mort arrive après l'accouchement. Quelquefois, en effet, les choses se passent ainsi ; mais c'est l'exception. En général, le fibroïde se ramollit, sans suppurer; la grossesse suit son cours régulier ; l'accouchement se fait à son terme, et la tumeur est expulsée spontanément, tantôt quelques heures après le fœtus, tantôt, et le plus souvent, après un temps qui varie entre quatre et vingt-cinq jours. Un phénomène remarquable, et sur lequel ont insisté MM. Depaul et Guéniot, c'est le déplacement que subit le fibrome pendant le travail, déplacement qui consiste dans l'élévation de la tumeur vers l'abdomen, au-dessus du détroit supérieur du bassin, et qui a pour effet de laisser au fœtus un passage facile.

On a rapporté des cas de rupture de l'utérus ou d'inversion, pen-

dant ou après le travail de l'accouchement, attribués à la présence de tumeurs fibreuses. Ces accidents sont très-rares avec les fibromes proprement dits ; ils sont plus communs avec les fibroïdes pédiculés ou polypes.

L'accident le plus habituel, pendant et après l'accouchement, celui contre lequel il faut le plus se mettre en garde, c'est l'hémorrhagie. Quelquefois la perte est assez abondante pour inspirer des inquiétudes sérieuses ; souvent elle est plus dangereuse par sa durée, son opiniâtreté, que par son abondance ; tantôt elle s'arrête spontanément, surtout si le corps fibreux est de petit volume, ou si, étant volumineux, il est éliminé par les seules contractions utérines ; tantôt l'hémorrhagie a besoin d'être réprimée par les divers moyens employés contre les pertes sanguines qui suivent la parturition.

DIAGNOSTIC. — En général, le diagnostic des corps fibreux peut être établi avec un degré de certitude et de précision qui ne laisse rien à désirer, grâce aux moyens d'investigation dont la gynécologie dispose.

Nous n'avons point à nous occuper ici du diagnostic des fibroïdes pédiculés ; il en sera question dans le chapitre suivant consacré à l'étude des polypes.

Les fibromes sessiles ou non pédiculés peuvent être confondus avec toutes les autres variétés de tumeurs intra-utérines et périutérines. Nous allons en indiquer sommairement les signes différentiels.

D'une manière générale, les corps fibreux se distinguent de toute espèce de tumeur siégeant dans la matrice ou dans ses annexes, par leur consistance, qui est très-dure et quelquefois analogue à celle du tissu cartilagineux.

Quand les corps fibreux se développent dans le col utérin, ils peuvent en imposer pour un *allongement hypertrophique*. Mais on distinguera ces deux lésions aux caractères suivants : Dans l'hypertrophie, le tissu de l'organe conserve sa consistance normale, et le col est très-sensiblement allongé ; si l'hypertrophie est générale, le col conserve sa forme habituelle, bien que sa longueur soit augmentée ; si l'hypertrophie est partielle, si elle n'occupe que l'une des deux lèvres, la lèvre hypertrophiée s'allonge en manière de langue ou de bec de flûte. Le fibrome, au contraire, se décèle par sa consistance ferme et dure, par la saillie circonscrite, arrondie, mame-

lonnée, qu'il produit sur une partie du col utérin, enfin par la déformation qu'il imprime à l'organe.

Le *cancer* aussi, et notamment le *squirrhe*, peut être confondu, au début, avec le fibroïde. Mais bientôt les symptômes locaux et généraux si caractéristiques du carcinome ne tardent pas à venir éclairer le diagnostic : irrégularité de la tumeur, noyaux d'induration et foyers de ramollissement, ulcérations, écoulement sanieux et fétide, marche envahissante, état général grave, coloration jaune-paille de la peau, anémie, phénomènes cachectiques, etc.

Les hystéromes s'accompagnent assez souvent de *déviations utérines;* dans ce cas, la déviation est généralement le résultat mécanique du poids de la tumeur. Mais, dans d'autres circonstances, les déviations, notamment les *flexions*, sont dues à d'autres causes, et il importe alors de ne pas les confondre avec un corps fibreux. Les éléments du diagnostic se tirent de la position de l'utérus, de la direction respective du corps et du col, du volume et de la forme de l'organe, de l'existence des métrorrhagies, du développement de la tumeur, et surtout des signes hystérométriques sur lesquels nous reviendrons plus loin, à la fin de ce paragraphe.

Les fibroïdes se distinguent des *môles* par la dureté ligneuse de la tumeur, par la lenteur de son développement, par les métrorrhagies qu'elle provoque habituellement et par la longue durée de la lésion.

La fréquence des hémorrhagies, l'absence de fluctuation, la consistance solide et ferme de la tumeur, empêcheront de confondre un fibroïde utérin avec une *hydrométrie*.

Si le diagnostic différentiel d'un corps fibreux et d'une *grossesse* peut offrir des incertitudes et des difficultés au début, il suffit de tenir la malade en observation pendant un temps suffisant, et de pratiquer, à divers intervalles, l'exploration de l'utérus pour dissiper tous les doutes. D'abord les antécédents et les commémoratifs peuvent fournir quelques présomptions utiles; le plus souvent, la menstruation est supprimée pendant la grossesse; elle persiste habituellement durant l'évolution d'un hystérome, et même elle s'exagère quelquefois, ou se complique de métrorrhagies dans les périodes intermenstruelles. A dater du quatrième et cinquième mois, la gestation se décèle par des signes sensibles et positifs, le ballottement, les bruits vasculaires, les pulsations cardiaques de l'enfant, les mouvements fœtaux, qui ne permettent aucune méprise et ne laissent plus de place à l'équivoque.

Dans les cas où une grossesse coexiste avec un hystérome, les deux tumeurs se distinguent suffisamment par leur consistance et par leurs caractères propres, pour qu'il soit toujours facile, après une ou plusieurs explorations attentives, de constater cette coexistence.

Les difficultés sont plus grandes si la grossesse est *extra-utérine*. Ici il faut procéder à un diagnostic tout anatomique. Il faut isoler et, pour ainsi dire, disséquer les parties à l'aide des divers procédés d'exploration, notamment par l'exploration mixte et simultanée, recto-vaginale, et abdomino-vaginale. On peut de cette manière circonscrire l'utérus, le mesurer en quelque sorte, apprécier sa forme et son volume, et s'assurer du siége exact de la tumeur, vérifier si elle fait corps avec l'organe ou si elle en est indépendante.

C'est ainsi qu'on doit agir encore à l'égard des autres tumeurs intra-pelviennes développées au voisinage de la matrice, telles que les tumeurs fibreuses des cloisons recto-vaginale ou vésico-vaginale, les tumeurs osseuses ou ostéo-cartilagineuses de la face antérieure du sacrum, les kystes de l'ovaire, l'hématocèle et les engorgements périutérins.

C'est avec les fibromes sous-péritonéaux, et particulièrement quand ils sont adhérents aux parois pelviennes, qu'on peut confondre les *enchondromes du sacrum*. Ce cas est heureusement fort rare; on en trouve un exemple dans la clinique de M. Nélaton. Il convient d'apporter l'examen le plus minutieux sur la situation et sur l'origine de la tumeur, pour reconnaître ses connexions avec l'utérus ou son indépendance de cet organe.

Les *kystes ovariques* se distinguent des fibroïdes utérins par leur accroissement de volume souvent énorme, par leur configuration généralement ovoïde, par la fluctuation dont ils sont ordinairement le siége, enfin et surtout par leur indépendance relativement à la matrice.

Cependant ces signes ne sont pas tellement constants et tellement fidèles, qu'on ne cite d'assez nombreux exemples d'hystéromes pris et traités pour des hydropisies enkystées de l'ovaire. Des erreurs de ce genre ont été citées par Dupuytren, M. Gaubric, M. Barth, M. Luys, M. F. Guyon, et tout récemment par M. Kœberlé.

Quant aux *tumeurs fibreuses de l'ovaire*, elles jouissent d'une extrême mobilité; elles se déplacent à chaque mouvement que font les malades, et les mains de l'observateur leur impriment des positions variables et très-étendues : caractères très-propres à les différencier

des fibromes utérins interstitiels, mais insuffisants pour les distinguer des fibromes sous-péritonéaux pédiculés.

Ce n'est pas avec une *hématocèle* périutérine récente que l'on risque de confondre les hystéromes. L'ensemble des symptômes aigus qui marquent le début de l'hématocèle, la consistance molle et comme fluctuante de la tumeur, ne permettent aucune confusion avec un fibroïde. Mais le diagnostic peut être obscur ou douteux, lorsque la partie liquide du sang ayant été résorbée, il reste une tumeur solide, résistante, plus ou moins volumineuse, formée par la partie fibrineuse du sang coagulé. Ce qui distingue alors cette tumeur d'un hystérome, c'est qu'elle occupe toujours le cul-de-sac rétro-utérin et qu'un sillon la sépare nettement de l'utérus; en outre, dans l'hématocèle rétro-utérine, la matrice prend une position presque invariable; elle vient s'appliquer immédiatement derrière la symphyse pubienne, sur la ligne médiane.

Quant aux *engorgements périutérins*, on les distingue le plus habituellement des hystéromes par la sensibilité de la tumeur, par sa consistance moins ferme, par les battements artériels dont elle est souvent le siége, par son indépendance relative du tissu utérin auquel elle n'est qu'accolée, au lieu de faire corps avec lui; enfin, par la marche de la lésion, qui, assez promptement stationnaire dans la phlegmasie périutérine, affecte, au contraire, dans le fibrome, une progression toujours croissante.

Toutefois le diagnostic, dans certains cas, est tellement difficile que, chez un certain nombre de malades, nous n'avons pu arriver à la certitude que d'après les effets du traitement, servant pour ainsi dire de contrôle et de pierre de touche.

Nous ne saurions trop insister, ainsi que l'a fait M. Sims, sur l'insuffisance du toucher vaginal pour le diagnostic des corps fibreux, et sur la nécessité de pratiquer simultanément l'exploration vaginale avec l'index de la main droite et le palper abdominal avec la main gauche appliquée sur l'hypogastre. En déprimant suffisamment cette paroi, on tient en quelque sorte la matrice entre les mains, et l'on peut facilement en apprécier le volume et la forme.

Dans les cas très-obscurs, et surtout au début, quand le fibroïde est de petit volume, on peut, avec toute la prudence et tous les ménagements nécessaires, recourir au cathétérisme de la matrice, qui permet quelquefois de constater la saillie de la tumeur dans la cavité de l'organe et la déformation ou l'obstruction qui en résulte.

L'hystéromètre permet aussi de bien connaître la direction de l'axe utérin, si souvent dévié ou infléchi dans le cas de fibrome, et de poser ainsi plus nettement le diagnostic des déviations simples et des déviations compliquées ou secondaires.

M. Sims recommande pour cette exploration une sonde d'argent vierge ou de cuivre épuré, malléable, flexible, plus souple, plus commode et plus facile à introduire dans la cavité utérine que la sonde rigide et ferme de Simpson.

Enfin le chirurgien américain conseille de recourir à la dilatation de l'utérus par la tente-éponge. Nous ne croyons pas que les nécessités du diagnostic obligent jamais à employer un tel moyen, sur les inconvénients et les dangers duquel nous avons déjà eu l'occasion de nous expliquer.

PRONOSTIC. — Les corps fibreux d'un petit volume ont si peu de gravité, que beaucoup de femmes en sont atteintes à leur insu. Même les fibromes les plus volumineux peuvent ne déterminer aucun dérangement appréciable dans la santé; et ils passeraient inaperçus sans le développement excessif de la matrice par lequel ils décèlent leur présence. Ainsi il n'est pas rare de voir des femmes bien portantes, n'éprouvant ni troubles menstruels, ni métrorrhagies, ni douleurs, et ayant des fibroïdes plus gros qu'une tête d'enfant. Une pareille innocuité se remarque bien plus souvent chez les personnes vierges ou célibataires que chez les femmes mariées. Il est incontestable, en effet, que l'espèce d'inertie fonctionnelle de l'utérus, dans le premier cas, favorise l'état stationnaire des tumeurs fibreuses, tandis que les excitations génitales qui accompagnent les rapprochements conjugaux accroissent le mouvement nutritif de ces tumeurs et favorisent leur développement.

Cependant tous les hystéromes ne sont pas également inoffensifs. Quelquefois ils donnent lieu à des métrorrhagies fréquentes ou prolongées qui épuisent les malades et les réduisent à une anémie profonde ou à un marasme complet; chez d'autres sujets, ils provoquent des complications graves, des troubles variés dans la miction, dans la défécation, dans les fonctions digestives et dans le mécanisme de la respiration; des accidents et des terminaisons fâcheuses, tels que la péritonite, l'étranglement interne, la perforation des intestins, de la vessie, des parois abdominales, déjà signalés plus haut (p. 438 et 439).

Les tumeurs fibreuses pédiculées sont moins graves que les tumeurs sessiles, parce qu'elles sont plus facilement opérables. Celles qui sont aisément accessibles à la main du chirurgien offrent aussi moins de gravité que celles qu'il est difficile ou impossible d'atteindre.

Les fibroïdes utérins, surtout ceux de petite et de moyenne grosseur, ne sont pas une cause de stérilité. Les seuls qui peuvent apporter un obstacle à peu près certain à la fécondation sont ceux de gros volume, qui oblitèrent en totalité ou en très-grande partie la cavité de la matrice et qui interceptent les orifices des trompes.

En général, la grossesse, comme nous l'avons dit plus haut, suit son cours régulier, et imprime au développement des fibromes un surcroît considérable; de sorte qu'une de ces tumeurs, ayant le volume d'une noix au début de la gestation, acquiert la grosseur d'une orange à l'époque de la parturition.

Quelquefois, néanmoins, les hystéromes gênent le développement de la matrice, donnent lieu à des métrorrhagies, interrompent le cours de la grossesse et déterminent une fausse couche. M. Depaul a rapporté des exemples d'enclavement déterminés par des fibromes volumineux, avec de tels accidents, qu'il a fallu recourir à l'avortement provoqué, dans le cours du quatrième ou du cinquième mois.

Quant à l'accouchement, nous avons vu qu'il s'opère parfois sans difficultés et sans accidents; qu'il est quelquefois même suivi de l'expulsion de la tumeur fibreuse; mais que, assez souvent, il est laborieux et s'accompagne des complications les plus redoutables : hémorrhagies abondantes et incoercibles, rupture et inversion de l'utérus.

En conséquence, bien que les corps fibreux ne constituent pas un empêchement à la fécondation et qu'ils soient rarement une cause d'avortement, nous croyons, avec M. Forget, qu'il y a les motifs les plus sérieux pour dissuader une femme atteinte d'hystérome de s'exposer aux chances d'une grossesse, en raison des fâcheuses éventualités de l'accouchement.

Thérapeutique. — On peut se proposer trois fins dans le traitement des fibroïdes utérins : 1° combattre les symptômes et les accidents dont ils sont le point de départ; 2° déterminer l'atrophie de ces tumeurs, ou provoquer l'énucléation spontanée; 3° les détruire ou les extirper par une opération chirurgicale.

Nous allons successivement passer en revue ces divers moyens :

1° Les symptômes ou accidents qu'il importe de combattre quelquefois sont : la douleur, les hémorrhagies, la métro-péritonite, la rétention d'urine, la constipation, etc.

Quand les fibroïdes donnent lieu à de vives douleurs, on y remédie par le repos, les cataplasmes calmants, les onctions belladonées ou opiacées, les lavements laudanisés, les narcotiques ou les antispasmodiques à l'intérieur, les bains généraux, etc.

Contre les hémorrhagies, on emploie le repos absolu, le décubitus dorsal, les applications et les irrigations froides, les injections astringentes, particulièrement avec le perchlorure de fer, les lavements froids, le tamponnement. A l'intérieur, le perchlorure de fer et le seigle ergoté à faible dose, 1 gramme par jour en quatre ou cinq prises.

Les complications, telles que la rétention d'urine ou la péritonite, réclament les moyens appropriés à l'un ou à l'autre de ces états.

2° M. Cruveilhier désigne, sous le nom de *traitement atrophique*, l'ensemble des moyens destinés à arrêter les fibroïdes dans leur développement et même à amener la diminution de leur volume.

En 1834, le docteur Ashwell publia plusieurs observations de tumeurs dures de l'utérus guéries par les préparations iodées. Nous croyons, avec M. F. Guyon, que dans ces faits, la diminution a été trop rapide pour qu'il se soit agi de véritables corps fibreux.

Cazeaux a rapporté (*Société de chirurgie*, 1857) l'exemple d'une jeune fille atteinte d'un fibroïde utérin dépassant l'ombilic de trois travers de doigt, et qui, après six mois d'une médication fondante, éprouva une grande amélioration d'abord, et finalement guérit.

Le docteur Channing (de Boston) dit avoir guéri plusieurs tumeurs de cette espèce par une médication interne ; et M. Simpson paraît avoir beaucoup de foi dans l'usage prolongé du bromure de potassium. M. Sims, auquel nous empruntons cette citation, affirme avoir essayé, avec le docteur Emmet, les préparations de brome et d'iode sans aucun résultat.

M. Courty croit qu'on peut obtenir d'heureuses modifications et même la guérison par une médication interne bien dirigée.

Le professeur de Montpellier affirme avoir prescrit utilement l'usage du bromure de potassium jusqu'à la dose de 2 ou 3 grammes par jour, les badigeonnages de teinture d'iode sur l'hypogastre, les frictions avec une pommade iodurée ou avec l'onguent na-

politain belladoné, les bains alcalins, les bains bromo-iodurés, etc.

Concurremment avec ce traitement résolutif, le même auteur emploie le seigle ergoté, à la dose de 1 gramme par jour, continué pendant longtemps.

Nous avons, nous aussi, expérimenté avec persévérance les divers agents de la médication fondante ou résolutive, contre des fibromes de différents volumes et à toutes les périodes de la maladie; or, pas plus que MM. Sims et Emmet, nous n'avons jamais obtenu aucun effet avantageux de l'emploi de ces moyens; et nous croyons que les succès de l'iode et du brome doivent être imputés à des erreurs de diagnostic, et que, dans tous ces cas heureux, il s'agissait, comme nous l'avons constaté plusieurs fois, non point de corps fibreux, mais d'engorgements simples de l'utérus ou de ses annexes.

M. le docteur Savage, médecin de l'hôpital de la Samaritaine, a recours à un traitement local dans le double but d'arrêter les métrorrhagies et d'obtenir la fonte atrophique des fibroïdes. Suivant M. Sims, ce praticien « dilate le canal cervical avec une tente-éponge et injecte dans la cavité de l'utérus une solution iodée (2% iode, 4 grammes; iodure de potassium, 8 grammes; alcool rectifié, 32 grammes; eau, 188 grammes), qui a été jusqu'ici inoffensive et efficace. Cette solution, ajoute M. Sims, arrête invariablement l'effusion du sang, et M. Savage affirme que, quand l'injection en est répétée, à chaque retour du flux, pendant cinq ou six mois, les tumeurs subissent une diminution sensible et disparaissent quelquefois entièrement. » Le docteur Savage, encouragé, paraît-il, par l'innocuité de cette solution, emploie maintenant la teinture d'iode officinale pure. M. Greenhalgh a adopté le procédé de M. Savage. M. Sims approuve aussi ce mode de traitement, mais il insiste sur la nécessité de dilater au préalable le canal cervical avec la tente-éponge; à cette condition seulement les injections iodées sont efficaces: sans cette indispensable précaution, elles donneraient lieu à des douleurs violentes et à des accidents alarmants.

M. le docteur Routh suit également le procédé de M. Savage; mais au lieu de teinture d'iode, il injecte une solution de perchlorure de fer.

Malgré la sanction qu'elle a reçue de ces habiles gynécologistes, la méthode du docteur Savage nous paraît trop hardie pour que nous y souscrivions sans réserve. Nous avons déjà dit les craintes que nous inspire la dilatation du canal cervical avec la tente-éponge;

nous en éprouvons de bien plus vives encore en présence des injections réitérées de teinture d'iode et de perchlorure de fer. M. Sims convient lui-même que l'iode agit en produisant « une endo-métrite, moins la phase suppurative. » Cet aveu nous semble suffisant pour justifier nos appréhensions et pour nous défier d'un procédé capable d'entraîner les fâcheuses conséquences d'une métrite aiguë et d'une métro-péritonite.

Il ne faudrait donc, à notre avis, employer un tel procédé que si l'on avait, pour ainsi dire, la main forcée par l'imminence des plus graves accidents, tels que des métrorrhagies incoercibles et l'épuisement qui en résulte; encore serait-il prudent de prévenir la malade des chances de l'opération et ne la pratiquer qu'avec son assentiment formel.

3° *Traitement chirurgical.* — Les fibroïdes intra-utérins pédiculés se confondant avec les polypes, nous renvoyons pour leur traitement chirurgical au chapitre suivant, afin de ne pas faire double emploi.

Nous n'avons à nous occuper ici que des opérations à pratiquer sur les fibromes interstitiels et sur les fibromes sous-péritonéaux.

Les opérations, quelles qu'elles soient, destinées à produire l'extirpation des corps fibreux, sont difficiles, graves et périlleuses. On ne doit se décider à les faire que si elles sont commandées par d'impérieuses raisons et réclamées avec une entière connaissance de cause par les malades.

La plus simple des opérations chirurgicales est celle de M. Backer Brown, qui consiste à « mutiler la tumeur par ce qu'il appelle *gouging process* (déchirement) ». Nous repoussons ce procédé périlleux, dont les suites à peu près inévitables sont, ou les hémorrhagies intarissables, ou la métro-péritonite, ou la phlébite utérine avec pyohémie entraînant généralement la mort des opérées. M. Sims et M. Backer Brown lui-même ont renoncé à cette pratique pour une opération plus simple et moins dangereuse. Ils se bornent, comme l'avaient fait avant eux Dupuytren et Velpeau, à inciser simplement l'orifice et le col de l'utérus. Cette incision paraît avoir suffi, dans quelques cas, pour amener l'expulsion consécutive de la tumeur fibreuse.

L'extirpation de la totalité de la tumeur par *énucléation* a été pratiquée depuis longtemps en France, par Amussat et Bérard; en Angleterre, par Hutchinson; plus récemment par MM. Maisonneuve, Jarjavay et Courty; en Amérique, par M. Atlee (de Philadelphie).

On commence par dilater le canal cervical et la cavité utérine, soit par le débridement, soit à l'aide d'un instrument dilatateur, soit au moyen de la tente-éponge. Puis, la cavité de la matrice étant suffisamment béante, on ouvre largement la capsule de la tumeur en incisant successivement la membrane muqueuse, la couche du tissu propre et l'enveloppe celluleuse qui forment comme la gangue du fibrome.

Cette incision faite, on peut, si la tumeur est d'un petit volume, l'énucléer immédiatement en détruisant ses adhérences avec la pulpe de l'index introduit entre le fibroïde et la capsule, ou à l'aide d'un instrument mousse.

Si le fibroïde est volumineux, quelques chirurgiens conseillent de détruire seulement quelques adhérences, et de laisser l'énucléation s'opérer d'elle-même, ce qui arrive dans un temps variable, de dix à vingt jours ordinairement. Pour favoriser et hâter cette énucléation, on peut exciter les contractions utérines, soit par l'administration quotidienne de seigle ergoté, soit en introduisant de temps en temps le doigt dans l'utérus, et en séparant avec l'index la tumeur de sa capsule, jusqu'à ce qu'elle soit tombée dans la cavité utérine, d'où elle est promptement expulsée au dehors. M. Courty désapprouve ce procédé. Il a vu dans un cas le corps fibreux ainsi dénudé se ramollir, se tuméfier et donner lieu à des efforts d'expulsion impuissants ou à une fonte putride et à une suppuration infecte qui ont entraîné la mort de la malade. Le chirurgien de Montpellier conseille donc de terminer l'extraction sur-le-champ, une pareille opération étant funeste si elle reste incomplète.

L'accident le plus fréquent à la suite de l'énucléation, c'est l'hémorrhagie, soit immédiate, soit consécutive. Quand elle est très-abondante, il faut immédiatement la réprimer par le tamponnement; c'est ainsi que font MM. Atlee et Sims. Ces gynécologistes réservent les autres moyens, tels que les irrigations froides, les applications topiques de glace, etc., pour les hémorrhagies de peu d'intensité.

On doit employer ces derniers moyens, avec le repos absolu et la position horizontale, à titre de préservatifs, jusqu'à ce que l'énucléation soit complète et l'expulsion du fibroïde consommée.

L'opération chirurgicale la plus hardie qui ait été faite pour l'extirpation des corps fibreux est, sans contredit, la *gastrotomie* suivie de l'ablation de la tumeur ou même de l'utérus.

Cette opération a été pratiquée trois fois, par suite d'une erreur

de diagnostic : le fibrome avait été pris pour un kyste de l'ovaire. Dans deux cas, les malades ont succombé. Dans le troisième, l'opération, pratiquée par M. Kœberlé (de Strasbourg), a réussi.

Malgré ce succès, nous ne croyons pas qu'on puisse encore ériger la gastro-utérotomie en règle opératoire pour la cure des fibromes utérins. Ceux qui voudraient avoir sur ce sujet des données précises pourront consulter avec fruit l'intéressant mémoire de M. Kœberlé sur l'extirpation des tumeurs fibreuses de la matrice, *par la méthode sus-pubienne*.

En résumé, nous croyons prudent de ne recourir aux procédés chirurgicaux que dans les deux cas suivants :

1° Quand les tumeurs fibreuses ont leur siége dans l'une des lèvres du museau de tanche et viennent faire saillie dans le vagin;

2° Quand les fibromes, siégeant dans le corps de la matrice, n'ont pas un volume excessif, quand ils sont pédiculés ou présentent un commencement de pédiculisation, qui rend leur extirpation facile et sans danger.

Hors de là tout est incertitude et péril.

Comme précautions hygiéniques utiles aux femmes atteintes de fibroïdes utérins, il faut conseiller une vie calme, l'abstention de tout exercice violent, notamment de l'équitation, la plus grande réserve dans les rapports conjugaux et, en général, la privation de tout ce qui est de nature, soit dans l'alimentation, soit dans les habitudes de la vie, à surexciter l'activité circulatoire des organes génitaux et conséquemment à déterminer des mouvements congestifs ou des phénomènes hémorrhagiques du côté de l'utérus.

Afin d'éviter les malaises et les douleurs occasionnés par le poids de la tumeur, et de prévenir son ballottement, il convient de soutenir le bas-ventre à l'aide d'une ceinture hypogastrique.

CHAPITRE XVI.

DES POLYPES DE L'UTÉRUS.

Historique. — On ne trouve, dans les écrits d'Hippocrate, de Galien, d'Aétius et de Paul d'Égine, que des indications très-vagues sur les polypes utérins.

Ambroise Paré mentionne les concrétions pierreuses de la matrice, sans insister sur leur origine et sur leur détermination pathologique.

Guillemeau, le premier, en donna une description sommaire, sous le nom de supercroissance ou de *môle pendante*.

C'est à Levret que revient l'honneur d'avoir tracé la première histoire complète des polypes de la matrice et du vagin, dans un fort remarquable travail inséré au tome III des *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*.

Bientôt après, les travaux de Bichat, Bayle, Roux et Dupuytren, vinrent ajouter de précieux éléments aux descriptions cliniques de Levret.

De nos jours, l'histoire des polypes utérins s'est enrichie des recherches de Gerdy, Lisfranc, Cruveilhier, Velpeau, Malgaigne, Marjolin, Hervez de Chégoin; et plus près de nous, de celles de MM. Paget, Barnes, West, Robert Lee, Churchill, en Angleterre; Loir, Huguier, Aran, Lebert, Robin, en France.

En 1866 et 1867, deux études importantes ont été publiées sur cette lésion par MM. les docteurs de Monfumat et O. Larcher.

Définition. — Les polypes utérins sont des excroissances pédiculées, de volume et de forme variés, qui se développent en un point de la surface de la matrice, recouverte par la membrane muqueuse, et aux dépens d'un ou de plusieurs éléments anatomiques de l'organe.

Cette définition comprend non-seulement les polypes intra-utérins, mais encore ceux qui se développent sur le museau de tanche, c'est-à-dire sur la surface vaginale du col de la matrice.

Classification. — Levret divise les polypes utérins en *durs*, *charnus*, *sarcomateux* et *vivaces*.

Gerdy les distingue en : 1° polypes *mous*, *muqueux*, *cellulo-membraneux*, *lardacés*, *fongueux* ou *granuleux;* 2° polypes *durs*, *charnus* ou *fibreux;* 3° polypes *cartilagineux*, *osseux* ou *pierreux;* 4° polypes *composés* ou *mixtes.*

Malgaigne a modifié cette classification un peu compliquée, en admettent cinq espèces de polypes : les *vésiculaires*, les *cellulo-vasculaires*, les *hypertrophiques*, les *môliformes* et les *fibreux.*

M. Courty réduit les polypes à trois variétés : les *vasculaires*, les *muqueux* et les *fibreux.*

M. de Monfumat divise les polypes utérins en trois classes : 1° *fibreux;* 2° *glandulaires;* 3° *épithéliaux.*

Il range, non sans raison, les polypes muqueux des auteurs dans la classe des polypes glandulaires, à cause de la prédominance de l'élément folliculaire dans ces sortes de tumeurs.

Quant aux polypes *épithéliaux*, c'est une espèce nouvelle que M. de Monfumat cherche à introduire dans la science. Son opinion sur ce point est basée sur une observation unique; et dans cet exemple il s'agit manifestement d'un cancroïde ou cancer épithélial pédiculé. On ne saurait, sans renverser toutes les notions de nomenclature pathologique, faire ainsi rentrer des tumeurs cancéreuses et malignes dans la classe des polypes, tumeurs essentiellement bénignes de leur nature.

Pour nous, nous admettrons trois espèces de polypes utérins : — 1° les polypes *fibreux;* 2° les polypes *muqueux* ou *folliculaires;* 3° les polypes *vasculaires.*

Ceux-ci ont été niés par quelques auteurs, sous prétexte que les polypes vasculaires n'étaient que des polypes fibreux ou muqueux à vascularisation excessive. Cela est vrai dans bien des cas; mais, indépendamment de ces polypes dont la vascularisation est, pour ainsi dire, secondaire, il en existe d'autres qui sont essentiellement et de prime abord composés de vaisseaux hypertrophiés.

Aussi subdiviserons-nous les polypes vasculaires en *primitifs* et en *consécutifs.*

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — *Siége.* — Les polypes peuvent prendre leur insertion : 1° à la face interne du corps de l'utérus; 2° dans l'intérieur du col; 3° au pourtour de l'orifice du museau de tanche

Leur siége de prédilection est la paroi postérieure de la cavité utérine.

Nombre. — Il est rare qu'on rencontre à la fois plusieurs polypes dans l'utérus; le plus souvent on ne trouve qu'une seule de ces tumeurs.

Dans les cas de polypes utérins multiples, ces tumeurs sont tantôt de même nature, tantôt de nature différente; cette dernière coïncidence est la plus fréquente; ainsi on observe plus souvent la présence simultanée d'un polype fibreux et d'un polype glandulaire que celle de deux polypes fibreux.

Quelquefois l'utérus renferme en même temps un polype et un corps fibreux interstitiel.

Volume. — Rien de plus variable que leurs dimensions. Toujours petits au début, les polypes peuvent acquérir progressivement la grosseur d'une tête de fœtus à terme.

Leur volume moyen est celui d'un œuf de poule ou d'un œuf de dinde.

Forme. — La figure primitive et, pour ainsi dire, type des polypes est celle d'une poire dont la grosse extrémité est inférieure et libre, tandis que la petite extrémité, ou extrémité supérieure, s'effile en pédicule et s'implante sur un point de l'utérus; mais cette forme éprouve, dans la suite, de nombreuses modifications, résultant des pressions diverses que la tumeur subit dans le cours de son développement; elle peut alors s'aplatir, s'allonger, et de conique qu'elle était devenir cylindrique, elliptique, rameuse, etc. Elle se moule, le plus souvent, sur les cavités et les conduits avec lesquels elle est en rapport.

La surface des polypes est ordinairement lisse, égale et polie; quelquefois cependant elle est rugueuse, mamelonnée, divisée par des fissures profondes en plusieurs lobes.

La coloration des polypes est tantôt rose pâle comme celle des muqueuses à l'état normal, tantôt d'un rouge plus ou moins intense comme les tissus hypérémiés.

Consistance. — Elle varie avec la nature des polypes. Les polypes fibreux sont durs et élastiques; les polypes glandulaires, élastiques aussi, mais plus mous; les polypes vasculaires ont la consistance des tumeurs érectiles ou fongueuses.

Structure. — Les polypes *fibreux* présentent une grande analogie de structure avec les corps fibreux utérins dont ils dérivent. Leur partie

centrale ou noyau est formée d'un tissu blanc, nacré, très-résistant, criant sous le scalpel ; plus rarement, et alors seulement qu'elle a subi un commencement d'altération, elle est rougeâtre et ramollie. Comme dans les corps fibreux, cette partie est constituée par des fibres musculaires de la vie organique, des fibres de tissu cellulaire, des éléments fibro-plastiques et une matière amorphe. Les éléments vasculaires et nerveux manquent complétement dans la partie centrale des polypes fibreux.

Ce noyau, qui forme la portion la plus volumineuse et la plus importante du polype, est enveloppé d'une couche de tissu cellulaire lâche, dans lequel rampent des vaisseaux nombreux, quelquefois très-volumineux et notablement hypertrophiés.

En dehors de ce feuillet celluleux s'étend la couche muqueuse, qui constitue à proprement parler l'enveloppe extérieure ou l'écorce du polype. Cette membrane n'est autre que la muqueuse de l'utérus, laquelle s'est étendue et allongée au fur et à mesure du développement et des progrès du noyau polypeux, pour le coiffer en quelque sorte.

On a quelquefois trouvé des kystes sanguins ou des kystes séreux développés dans le tissu cellulaire sous-muqueux des polypes, entre le noyau et la membrane muqueuse.

Le pédicule des polypes fibreux utérins est formé, tantôt simplement par la membrane muqueuse allongée et le tissu cellulaire sous-muqueux avec les vaisseaux qui le parcourent, tantôt et le plus souvent par tous les éléments anatomiques de la matrice : tissu propre, tissu cellulaire et membrane muqueuse. Il y a alors continuité entre les fibres musculaires de l'utérus et les éléments fibreux du polype, par l'intermédiaire du pédicule.

Nous avons constaté plus haut l'analogie qui existe sous le rapport de la structure et de la constitution anatomique entre les corps fibreux et les polypes fibreux de l'utérus. On admet généralement aujourd'hui que ces polypes ne sont pas autre chose que des tumeurs fibreuses pédiculées.

Le mécanisme de cette pédiculisation est fort simple. Le corps fibreux, isolé et indépendant du tissu même de l'utérus, tend sans cesse, par son poids, à se précipiter dans la cavité utérine. La contractilité des fibres de l'utérus aidant, le fibrome s'énuclée, pour ainsi dire, spontanément et progressivement ; il pousse devant lui la muqueuse et une mince couche de tissu utérin, qui,

en s'effilant et en s'étirant derrière la tumeur, constitue le pédicule.

Les polypes *muqueux* ou *folliculaires* résultent de l'hypergenèse des éléments anatomiques de la membrane muqueuse et principalement des appareils glandulaires de cette membrane.

Leur siége le plus ordinaire est le col de la matrice : dans ce cas, ils sont surtout constitués par les œufs de Naboth hypertrophiés. On peut leur distinguer, comme aux précédents, une partie centrale et une partie périphérique ou corticale.

Ici encore l'enveloppe et le pédicule sont formés par la membrane muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux, les vaisseaux et une certaine proportion de tissu propre ou musculaire.

Quant au noyau, il est formé par un ou plusieurs follicules démesurément dilatés, séparés entre eux par des faisceaux de fibres musculaires, par du tissu cellulaire et des éléments fibro-plastiques.

Ces follicules hypertrophiés, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, sont remplis d'un mucus transparent et visqueux. Ce liquide s'écoule au dehors par l'orifice béant des glandes et va lubrifier la surface du polype. Mais si les glandes sont closes, — ce qui se produit quelquefois, — le mucus s'y accumule, distend leurs parois, souvent même les déchire de manière à établir une communication entre les différentes cavités et les transformer en une poche unique.

La pédiculisation des polypes folliculaires s'opère de la même façon que celle des polypes fibreux.

Nous avons distingué dans notre classification deux variétés de polypes utérins *vasculaires* : les uns *primitifs*, les autres *consécutifs*.

Les polypes vasculaires *primitifs* sont de véritables tumeurs sanguines pédiculées, qui se développent dans l'utérus plus spécialement et d'emblée aux dépens des éléments vasculaires. Ces tumeurs, toujours d'un petit volume, sont recouvertes par la membrane muqueuse et renferment un noyau constitué par un amas de vaisseaux sanguins hypertrophiés. Quelques-unes se rapprochent, par leur texture, des tissus érectiles.

Les polypes vasculaires *consécutifs* ne sont que des polypes fibreux ou glandulaires dans lesquels les vaisseaux sanguins sont parvenus à un tel degré de développement et d'hypertrophie qu'ils donnent à la tumeur un aspect hypérémique et fongueux. On trouve, dans ces polypes, les éléments primordiaux (faisceaux fibreux, tissu cellulaire, tissu fibro-plastique, follicules), envahis, masqués et souvent

dénaturés par les vaisseaux augmentés de nombre et de volume, notamment par les veines devenues quelquefois variqueuses et transformées en véritables sinus.

Les polypes sont en communauté de circulation avec l'organe sur lequel ils s'insèrent, par l'intermédiaire du pédicule, qui est composé, à la manière du cordon ombilical, de vaisseaux artériels et veineux, unis entre eux par du tissu cellulaire. Ce pédicule est tantôt étroit, long et comme effilé; tantôt il est large et court. Parfois il est peu adhérent au tissu sous-jacent; d'autres fois il y est uni d'une manière très-intime.

La structure du pédicule et son mode de communication avec le polype proprement dit varient quelquefois, suivant la nature de la tumeur.

Ainsi, comme nous l'avons dit précédemment, tantôt le pédicule est formé de tous les éléments du polype et de tous ceux de l'utérus: tissu propre, membrane muqueuse, tissu cellulaire, vaisseaux; tantôt il ne renferme point de tissu propre, de fibres musculaires; on n'y trouve que la muqueuse, le tissu cellulaire et les vaisseaux.

Dans les polypes muqueux et vasculaires, le pédicule établit une communication directe entre les vaisseaux de l'utérus et les vaisseaux de la partie centrale de la tumeur; mais, dans les polypes fibreux, cette communication, au lieu de se faire avec le centre même et le noyau de la tumeur, n'existe qu'avec son atmosphère celluleuse. De sorte que le noyau fibreux reçoit ses éléments de nutrition et d'accroissement, non point directement, mais par imbibition, comme les cartilages, à l'aide des vaisseaux distribués abondamment dans le tissu cellulaire périphérique.

Les polypes exercent sur les tissus voisins des modifications qu'il importe de signaler : ils agissent, en général, à la manière de corps étrangers, comprimant et irritant les parties avec lesquelles ils sont en rapport, ou même, au dire de quelques auteurs, contractant avec elles des adhérences intimes, par suite d'une inflammation adhésive qui se développe parfois sur les surfaces contiguës.

A mesure qu'ils s'accroissent, ils dilatent les cavités dans lesquelles ils sont contenus, soit l'utérus, soit le vagin, et peuvent déterminer ainsi les divers accidents de la compression.

Dans certains cas, le pédicule se rompt, et le polype, détaché de

ses points d'insertion, reste libre dans la cavité utérine ou dans le conduit vaginal.

Le mode de développement, d'évolution et de nutrition des polypes utérins varie suivant leur nature, leur origine et leur constitution anatomique.

Il est généralement admis aujourd'hui, ainsi qu'il a été dit plus haut, que les polypes fibreux procèdent des fibroïdes interstitiels. Ces derniers, obéissant à leurs propre poids et chassés incessamment par la contractilité de l'utérus, se portent vers les parties qui leur offrent le moins de résistance, c'est-à-dire vers la cavité utérine, en poussant devant eux la muqueuse et la couche de tissu musculaire dont-ils sont enveloppés et qui forme leur couche corticale. Au fur et à mesure que la tumeur descend dans la cavité utérine, son enveloppe s'allonge et s'effile, de manière à constituer le *pédicule*. Le pédicule est d'autant plus long et d'autant plus mince que le polype s'avance davantage hors de l'utérus; il acquiert son maximum de longueur lorsque la partie globuleuse de la tumeur proémine dans le vagin et vient faire saillie hors de la vulve.

La partie centrale du pédicule paraît dépourvue de vaisseaux, dans les polypes fibreux, aussi bien que la tumeur elle-même. Mais la couche corticale ou le revêtement muqueux du polype est parcouru par des artères et par des veines, quelquefois hypertrophiées, qui communiquent directement avec ceux de la muqueuse utérine. C'est, avons-nous dit, par l'intermédiaire de ces vaisseaux que le polype fibreux reçoit les éléments nécessaires à sa nutrition et à son accroissement. Il se nourrit par imbibition, à la manière des cartilages.

Sous le rapport pathogénique, les polypes muqueux ou utéro-folliculaires diffèrent des polypes fibreux en ce que, au lieu de dériver d'un tissu de nouvelle formation et d'avoir pour noyau un néoplasme, ils procèdent d'une hypertrophie, c'est-à-dire du développement exagéré des éléments anatomiques normaux de la matrice et particulièrement des follicules. Ici le pédicule et la tumeur présentent la même organisation. Toutes leurs parties sont pénétrées par des vaisseaux abondants et volumineux qui fournissent directement les matériaux de leur développement.

Étiologie. — Ce que nous avons dit touchant les causes des corps fibreux de la matrice peut s'appliquer aussi à l'étiologie des polypes utérins. Nous sommes à cet égard dans la même obscurité.

L'âge paraît avoir également une grande influence sur le développement des polypes. Avant trente ans les polypes sont rares. On les observe le plus souvent de quarante-cinq à cinquante ans, c'est-à-dire à l'approche de l'époque critique. L'opinion de Bayle, d'après laquelle le célibat et la stérilité favorisent la production de ces tumeurs, ne nous paraît pas devoir être admise. Dupuytren a observé des faits qui contredisent ceux de Bayle. Sur cinquante-huit femmes affectées de polypes utérins, l'éminent chirurgien a constaté que cinquante-quatre étaient mariées, et, sur cinquante et une, quarante-deux avaient été mères.

En dehors de l'influence de l'âge, nous ne trouvons que vague et incertitude.

SYMPTOMATOLOGIE. — 1° **Signes rationnels.** — Ils ne diffèrent point de ceux des tumeurs fibreuses; ce sont aussi des troubles menstruels, de métrorrhagies, des flueurs blanches se rattachant quelquefois à une métrite concomitante; des écoulements sanieux, purulents et puriformes; des douleurs dans la région utérine; des tiraillements dans les lombes, les reins, les aines et les cuisses; parfois des efforts expulsifs; presque continuellement un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région ano-périnéale; de la constipation, du ténesme vésical, de l'incontinence ou de la rétention d'urine, etc.

Un mot sur les plus importants de ces symptômes.

Le dérangement de la menstruation se traduit par un flux plus abondant et de plus longue durée qu'à l'état normal. C'est d'abord une simple exagération des menstrues. Mais peu à peu, et à mesure que le polype s'accroît, la ménorrhagie augmente et apparaît plus fréquemment; les pertes se montrent tous les vingt jours et même tous les quinze jours, et laissent peu de répit aux malades.

Dans les polypes fibreux, le sang ne provient pas de la tumeur; il est fourni par la muqueuse utérine, sans cesse irritée, engorgée, hypérémiée.

Dans les polypes utéro-folliculaires et vasculaires, le sang provient non-seulement de la surface interne de l'utérus, mais encore du polype lui-même.

Ces métrorrhagies sont généralement précédées et accompagnées de douleurs vives, de coliques expulsives, simulant celles de l'accouchement; elles acquièrent un haut degré de violence lorsque le polype, s'engageant dans le col utérin, sollicite les

contractions de la matrice qui fait effort pour l'expulser. Ces tranchées, plus fortes au début de l'hémorrhagie, s'affaiblissent à mesure que le sang s'écoule ; elles cessent vers la fin de la perte.

Les pertes blanches qui s'observent dans l'intervalle des métrorrhagies ne présentent pas généralement les caractères de la leucorrhée franche. Elles sont assez souvent glaireuses ou sanguinolentes, quelquefois sanieuses et fétides, ce qui est l'indice d'une ulcération ou de toute autre altération du polype.

2° **Signes sensibles.** — Il est à propos de rappeler ici la division établie par Vidal (de Cassis), qui, eu égard à la séméiologie, distingue les polypes en : 1° *latents*, 2° *oblitérants*, 3° *flottants*, 4° *envahissants*.

1° Les polypes *latents* sont inaccessibles au toucher. Implantés sur un point de la cavité utérine ou du canal cervical et enfermés encore dans l'intérieur de l'organe, ils ne traduisent quelquefois leur présence que par des symptômes vagues, tels que : sentiment de gêne et de pesanteur, dérangement menstruel, hémorrhagies, etc.; en un mot, la série des troubles fonctionnels signalés plus haut. Ils sont, cependant, quelquefois assez gros pour augmenter sensiblement le volume et le poids de l'utérus.

2° Dans d'autres cas, le polype se rapproche sensiblement de l'orifice externe de la matrice; il dilate le col utérin; le museau de tanche est béant et peut admettre la pulpe du doigt, à l'aide de laquelle on sent le relief arrondi, la surface lisse et convexe de la tumeur. C'est surtout à l'époque des règles que ce phénomène se produit. En même temps, on trouve la matrice très-notablement augmentée de volume et de poids, et ordinairement dans un certain degré d'abaissement ou de déviation.

Ces mêmes signes peuvent être facilement constatés par l'examen au spéculum; on voit alors la tumeur remplissant le col utérin, à la manière d'un bouchon : c'est le polype *oblitérant* de Vidal.

3° Les polypes sont dits *flottants* lorsqu'ils apparaissent dans la cavité vaginale, où il est aisé d'en constater la présence à l'aide du toucher.

Ces polypes peuvent avoir deux origines : ou ils viennent de la cavité utérine, et se montrent dans le vagin, après avoir franchi le col de la matrice; ou bien ils s'insèrent sur le museau de tanche, au pourtour de l'orifice externe de l'utérus.

Par le toucher, il est facile d'en déterminer exactement le mode et le point d'insertion.

Si le polype est implanté sur le museau de tanche, on peut sentir sa racine avec la pulpe du doigt, la circonscrire et en marquer le point précis. Ce genre de polype est d'une extrême mobilité, et toujours flottant dans la cavité vaginale.

Quand il vient de la cavité utérine, le polype n'est pas tout entier dans le vagin; sa partie renflée sort par l'ouverture externe de la matrice; une portion du pédicule est entourée, embrassée par le museau de tanche, qui forme en ce point une espèce de bourrelet circulaire; enfin la troisième et dernière portion, le bout adhérent du pédicule, est renfermée dans la cavité de l'utérus.

Lorsque le polype s'insère sur le museau de tanche, l'utérus conserve ses dimensions normales; lorsqu'il est implanté sur la face interne de la matrice, le volume de cet organe est augmenté, et cette augmentation est en rapport avec la grosseur du polype.

L'expulsion des polypes hors de la cavité utérine a lieu tantôt d'une façon brusque et toute mécanique, à la suite d'une chute ou d'un effort; tantôt d'une manière spontanée, lente et graduelle.

Les polypes intra-utérins, quand ils sont d'un petit volume, ne restent pas constamment flottants. On les voit alternativement rentrer dans la cavité utérine et en sortir, paraître dans le vagin, puis disparaître.

Certains polypes volumineux peuvent même descendre jusqu'à la vulve et se montrer en dehors du vagin; c'est ce qui arrive surtout lorsque le polype est compliqué d'abaissement ou de renversement de l'utérus.

Ces alternatives d'apparition et de disparition ne doivent pas être perdues de vue; car elles constituent un des traits les plus intéressants de l'histoire clinique des polypes intra-utérins. Elles ont une importance extrême sous le rapport du diagnostic et du traitement. Elles exposent à des illusions ou à des erreurs quiconque n'aurait pas suffisamment présente à l'esprit cette particularité.

A très-peu d'exceptions près, l'apparition intermittente et passagère des polypes hors de l'utérus s'effectue à l'époque des règles ou pendant les métrorrhagies. L'utérus se livre alors à des efforts de contractions se traduisant par des coliques expulsives qui poussent

la tumeur dans le vagin. Passé cette période, le polype remonte et rentre dans la cavité utérine et le col se referme sur lui.

4° Vidal décrit sous le nom de polypes *envahissants* celles de ces tumeurs qui contractent des adhérences morbides avec les parties voisines et spécialement avec les parois vaginales. Nous n'avons jamais rencontré cette variété de polypes, et nous en signalerons, à propos des complications, les rares exemples qui existent dans la science.

Diagnostic. — Lorsque les polypes sont flottants, le diagnostic ne présente aucune difficulté. On peut par le toucher et par l'examen au spéculum apprécier la forme de la tumeur, son volume, sa couleur, l'état de sa surface, et même, dans certains cas, on distingue le point précis de l'insertion de son pédicule.

Il n'en est pas de même des polypes latents. Les signes rationnels peuvent seulement en faire soupçonner l'existence; mais pour asseoir le diagnostic, il faut tenir en observation les malades, pratiquer de temps en temps le toucher et l'examen au spéculum, et attendre que ces deux modes d'exploration permettent de sentir ou d'apercevoir la tumeur.

Il importe surtout de ne pas oublier la particularité signalée plus haut, à savoir que les polypes intra-utérins sont quelquefois alternativement latents et flottants, enfermés dans la cavité utérine puis expulsés dans le vagin, puis de nouveau cachés dans l'utérus et plus tard encore projetés au dehors. On doit alors choisir de préférence l'époque des règles ou des hémorrhagies pour pratiquer le toucher, puisque c'est le temps habituel de ces apparitions intermittentes.

M. Simpson et M. Sims ont recours à la dilatation artificielle du col utérin, l'un avec un dilatateur, l'autre à l'aide de la tente-éponge. M. Sims donne ce dernier moyen de diagnostic comme souverain pour les polypes implantés dans la cavité même de la matrice.

M. Scanzoni conseille de saisir la base de la tumeur avec des pinces de Museux et de chercher à lui imprimer des mouvements de rotation. Si ces mouvements s'exécutent, on reconnaît qu'on a affaire à un polype.

Lorsque le col est suffisamment dilaté, on peut se servir de l'hystéromètre. Dans les cas de polype l'instrument décrit un cercle complet en glissant sans obstacle entre la tumeur et la paroi de la cavité utérine; il n'est arrêté qu'en un point, celui où s'insère le

pédicule. Ce mode d'exploration doit être employé avec la plus grande prudence et la plus extrême réserve ; car il expose à léser la muqueuse, à la contondre, à la déchirer, à produire des hémorrhagies, à provoquer une métrite et même une perforation de l'utérus.

Une particularité digne d'attention, sous le rapport du diagnostic, c'est que parfois la base ou extrémité libre du polype présente une dépression infundibuliforme ou même une excavation dans laquelle peut pénétrer le doigt ou une sonde, et qui simule le museau de tanche et l'orifice du canal cervical. Des exemples de ce genre ont été signalés par Levret, Richerand, Velpeau et M. Cloquet; mais les cas les plus curieux et les plus caractéristiques sont ceux que Marcé, MM. Boscredon et Dolbeau ont présenté à la Société anatomique. Dans le fait cité par Marcé, « le polype était non-seulement allongé, conique, comme le col utérin, mais encore, au milieu de son extrémité légèrement aplatie, il représentait une fente transversale ; cette fente était l'orifice d'une cavité de 0m,03 de longueur communiquant avec l'intérieur du col utérin, et c'est par là que s'écoulait le sang des règles ». (F. Guyon.)

Le polype étant reconnu, il faut en déterminer le point d'insertion, le volume, la consistance, la coloration et les autres caractères anatomiques, afin de pouvoir apprécier à quelle variété il appartient. Pour arriver à ces résultats, l'exploration par le toucher est insuffisante ; il faut, non-seulement palper le polype, mais le voir, et alors l'examen au spéculum est indispensable. Il vaut mieux se servir d'un spéculum bivalve qui permet d'écarter suffisamment le vagin quel que soit le volume de la tumeur, que d'un spéculum plein dont le champ est le plus souvent insuffisant pour admettre le polype dans son calibre. On peut aussi, surtout lorsque la tumeur est très-grosse, employer le spéculum de M. Sims, en donnant à la malade la position qu'exige l'application de cet instrument.

Les affections avec lesquelles on peut confondre les polypes utérins et dont nous avons à indiquer sommairement le diagnostic différentiel sont : la cystocèle, la hernie vaginale, l'allongement hypertrophique du col utérin, les excroissances cancéreuses en forme de chou-fleur, et l'inversion de l'utérus.

La *cystocèle vaginale* se traduit par une tumeur indépendante de l'utérus, molle, dépressible, fluctuante, facile à réduire, diminuant dans le décubitus dorsal et dans l'état de vacuité de la vessie, aug-

mentant dans la station verticale et l'état de plénitude de l'organe. Enfin, toutes les incertitudes seront levées par le cathétérisme vésical qui indique la déviation de l'urèthre, et qui, en produisant l'évacuation de l'urine, fait disparaître la tumeur.

Les *hernies vaginales* se distinguent des polypes par leur siége, la forme de la tumeur, sa mollesse, son élasticité, sa réductibilité avec gargouillement, etc.

Le diagnostic différentiel des polypes avec l'*allongement hypertrophique* sera basé sur la recherche du museau de tanche et de l'orifice utérin et sur la mensuration du col.

Si l'on a affaire à un polype, on voit, à l'aide du spéculum, on trouve avec le doigt ou avec la sonde utérine, un anneau, un bourrelet formé par le col autour du pédicule de la tumeur; cette tumeur est très-mobile, et le cathétérisme permet de constater que le canal cervical a sa longueur normale.

Si c'est une élongation hypertrophique du col, la tumeur est peu ou point mobile, et sa mobilité se communique à l'utérus tout entier; il n'existe ni pédicule, ni bourrelet formé par le col, la sonde utérine pénètre directement dans le canal cervical et permet d'en mesurer l'allongement anormal.

Le diagnostic offre de réelles difficultés dans les cas de polypes creux que nous avons signalés plus haut. L'hystérométrie seule pourra dissiper tous les doutes, si l'on parvient, à l'aide de deux hystéromètres, à découvrir deux ouvertures, celle de la cavité du polype et celle de la cavité utérine.

Dans le *prolapsus utérin*, la matrice n'est plus à sa place, ce que l'on constate aisément par le toucher rectal et le palper abdominal; elle est descendue vers la vulve entraînant avec elle les parois vaginales et la vessie. La forme de la tumeur est différente, l'utérus abaissé présente sa grosse extrémité en haut et sa petite en bas; le contraire a lieu pour le polype.

Rien ne ressemble plus à un polype qu'une *inversion de la matrice*. Dans les deux cas, on sent avec le doigt et l'on découvre avec le spéculum une tumeur charnue, ferme, arrondie, faisant saillie dans le vagin. Aussi la confusion est-elle facile et a-t-elle été faite assez souvent, au grand détriment des malades, pour qu'il soit nécessaire d'apporter le plus grand soin au diagnostic.

Il faut, pour bien l'établir, s'appliquer: 1° à rechercher le col utérin; 2° à constater si le corps de l'utérus occupe dans l'excava-

tion pelvienne sa place habituelle; 3° à reconnaître la cavité utérine.

On commence par pratiquer le palper abdominal. Si la paroi hypogastrique est assez mince pour se laisser déprimer profondément, on peut constater ainsi la présence ou l'absence de l'utérus dans l'excavation pelvienne. Dans le cas de polype, on trouve sur la ligne médiane, derrière la symphyse pubienne, le relief ferme et arrondi du corps utérin, généralement augmenté de volume. Dans l'inversion de la matrice, la main ne peut parvenir à rencontrer cette saillie.

Cette vérification se fait encore d'une manière plus complète et plus sûre par les trois procédés suivants :

1° Par le palper abdominal et le toucher vaginal réunis : tandis que la main appliquée sur l'abdomen déprime l'hypogastre, le doigt introduit dans le vagin soulève légèrement la tumeur. S'il y a renversement de la matrice, la main placée sur l'hypogastre ne sent point l'utérus; ou, si elle parvient à le sentir, au lieu de toucher le fond de l'organe, avec sa forme habituelle, arrondie et convexe, elle rencontre une excavation infundibuliforme, une concavité, que Mauriceau a justement comparée à un *cul-de-fiole*. S'il existe au contraire un polype, la main placée sur l'hypogastre sent aisément le fond de la matrice avec sa forme ordinaire; et l'intervalle compris entre cette main et le doigt explorateur du vagin donne la mesure de l'utérus et le volume approximatif du polype.

2° Le palper abdominal et le toucher rectal combinés donnent des résultats analogues et plus complets encore. Dans les cas de polype, la matrice peut être saisie, pour ainsi dire, entre la main qui déprime l'hypogastre et le doigt qui pousse la paroi rectale antérieure en haut et en avant. Dans l'inversion, on sent un vide à la place de la matrice, et la main et le doigt explorateurs peuvent se rencontrer sur la ligne médiane, à travers la paroi hypogastrique et la paroi recto-vaginale.

3° On peut remplacer le palper hypogastrique par le cathétérisme vésical associé au toucher rectal. S'il existe un polype, la sonde d'une part et le doigt, de l'autre, rencontrent la masse utérine qui les empêche de se rejoindre; s'il y a une inversion, on peut aisément conduire le doigt et le cathéter l'un au devant de l'autre et les faire toucher médiatement dans le point qu'occupe l'utérus à l'état normal.

Le toucher vaginal et l'examen au spéculum peuvent suffire pour faire distinguer un polype utérin d'un renversement complet de l'utérus, attendu que, dans le premier cas, il est aisé de voir et de sentir le bourrelet circulaire formé par le col autour du pédicule de la tumeur; tandis, que dans le second cas, ce bourrelet n'existe pas. Mais, dans l'inversion incomplète, il existe, à la partie supérieure de la tumeur, un bourrelet circulaire qui simule le col utérin assez bien pour qu'il soit possible de s'y méprendre. C'est à l'aide du cathétérisme utérin que cette question sera jugée. Si la sonde, glissée entre la tumeur et l'anneau qui l'étreint, pénètre à 5, 6, 7 centimètres ou au delà, il n'est pas douteux qu'elle ne soit dans la cavité utérine; on a affaire à un polype. Si, au contraire, l'hystéromètre, promené circulairement, s'arrête à 1, 2 ou 3 centimètres, comme dans une espèce de rigole, c'est que la cavité utérine n'existe pas et que la matrice est renversée, mais incomplétement.

Assez souvent les polypes sont compliqués d'inversion utérine; c'est un fait important qu'on ne doit jamais perdre de vue dans le diagnostic. Dans ce cas, indépendamment des signes propres au renversement de la matrice, et notamment l'absence du corps utérin dans l'excavation pelvienne, on trouve dans le vagin deux tumeurs : l'une formée par la matrice renversée, l'autre constituée par le polype. Le toucher et l'examen au spéculum, pratiqués avec soin, permettent généralement de reconnaître le point d'insertion de la tumeur la plus déclive, le polype, sur la tumeur la plus élevée, l'utérus.

Les polypes utérins peuvent être confondus avec les *excroissances cancéreuses* dans deux circonstances : 1° au début de l'évolution du cancer, lorsque celui-ci présente encore une masse ferme, consistante, à surface égale et polie; 2° dans la période de ramollissement et d'ulcération, en raison des modifications analogues que peuvent subir les polypes.

Dans le premier cas, il suffit, pour dissiper les doutes, d'attendre, d'observer, de suivre attentivement la marche de la lésion. Tandis que le polype se développe et grossit le plus souvent en conservant son aspect et ses caractères anatomiques primitifs, le cancer finit toujours et fatalement par s'altérer; sa coloration, sa consistance et l'apparence de sa surface se modifient : la tumeur devient inégale, bosselée; elle se ramollit, s'ulcère et suppure; elle prend enfin les caractères pathognomoniques des carcinomes en voie de dégénérescence.

Dans le second cas, celui où les polypes s'enflamment, se ramollissent et s'ulcèrent, ces tumeurs présentent avec les carcinomes dégénérés d'apparentes analogies. Mais les douleurs lancinantes du cancer, ses ulcérations à surface rugueuse, fongueuse et saignante, la sécrétion putrilagineuse et d'une fétidité *sui generis* qui s'en exhale, ses tendances rapidement envahissantes, ses ravages, ses progrès vers les parois vaginales, constituent autant de signes propres à le distinguer des polypes, qui restent toujours pédiculés et qui n'ont point de tendance à envahir les tissus environnants. Enfin, la *cachexie* qui caractérise les dernières phases de l'évolution du cancer est un signe de diagnostic d'une telle évidence, qu'elle ne laisserait aucune place au doute dans le cas où il aurait pu persister jusque-là.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — L'évolution des polypes s'opère ordinairement avec une grande lenteur ; cependant on observe à cet égard des différences notables, qui dépendent de la structure de la tumeur et de l'étendue de son insertion. Les polypes muqueux et très-vasculaires, ceux qui s'insèrent par une large base et dont le pédicule est épais et court, se développent avec plus de rapidité que les polypes durs et fibreux, ou ceux à pédicule étroit et allongé.

La plupart de ces tumeurs s'accroissent d'une manière graduelle ; d'autres s'arrêtent dans leur évolution et restent stationnaires : d'où les diversités de volume que nous avons signalées plus haut.

Parmi les polypes développés à la surface interne de l'utérus, les uns franchissent de bonne heure les orifices cervico-utérin et utéro-vaginal ; les autres, au contraire, restent emprisonnés pendant un temps plus ou moins long dans la cavité utérine, et peuvent y acquérir un volume considérable avant de se montrer au dehors. C'est ce qui arrive surtout quand il existe une coarctation du conduit utérin.

Abandonnés à eux-mêmes, les polypes utérins subissent quelquefois un arrêt de développement ; leurs vaisseaux nourriciers s'oblitèrent ; leur pédicule se flétrit, et la tumeur s'atrophie ; parfois le pédicule se rompt, ou se détache de ses insertions, et le polype tombe spontanément, à la manière d'un fruit parvenu à sa maturité. Ce phénomène d'élimination spontanée s'observe plus particulièrement après la ménopause, lorsque l'activité physiologique de l'utérus est éteinte.

Dans d'autres cas, la tumeur, acquérant un volume toujours croissant, comprime les organes et les tissus voisins, s'irrite, s'enflamme, s'ulcère à leur contact et devient le siége d'une suppuration plus ou moins abondante.

De cet accroissement graduel du polype, il résulte des troubles permanents dans les fonctions de la vessie et du rectum, des métrorrhagies presque continuelles, des écoulements abondants, sanieux, qui peuvent amener l'épuisement des forces, le dépérissement et enfin la mort des malades.

Quelquefois les polypes intra-utérins font issue à travers les parois de l'utérus déchirées et occasionnent de graves désordres dans les organes voisins, ainsi que nous l'exposerons plus bas à propos des complications.

Les polypes sont-ils susceptibles de subir la dégénérescence cancéreuse? Cette opinion, professée par Dupuytren, Lisfranc et d'autres chirurgiens éminents, n'est plus admise de nos jours. Ces praticiens ont certainement confondu les polypes avec cette variété de cancer que nous décrirons sous le nom de cancer *végétant*, et dont nous avons eu soin de distinguer les polypes à l'occasion du diagnostic.

Complications. — La métrite, sous ses diverses formes, accompagne fréquemment la présence des polypes. Tantôt la phlegmasie utérine a précédé le développement de la tumeur polypeuse et en est indépendante; tantôt, au contraire, elle en est la conséquence et lui est complétement subordonnée.

Les polypes de la matrice peuvent encore se compliquer de phlegmasies périutérines, de déviations, de déplacement ou de renversement de l'utérus, de tumeurs fibreuses, de cancer, etc.

Quelquefois aussi ils se compliquent d'un rétrécissement organique du conduit utérin, qui s'oppose à l'issue de la tumeur dans le vagin.

Au nombre des complications les plus graves il faut signaler les accidents sur lesquels M. le docteur O. Larcher a justement appelé l'attention dans un mémoire récent (*Archives générales de médecine*, 1867). Nous voulons parler de la rupture de l'utérus occasionnée par les polypes et des conséquences qu'elle entraîne. M. Larcher rapporte avec détail deux exemples de cette terminaison funeste, qu'il a observés et analysés avec soin, et il en rapproche les faits analogues cités par MM. Loir, Depaul, Monod, Huguier et Demarquay. D'une

étude attentive des données cliniques et des lésions anatomiques, il résulte que le mécanisme de cette rupture s'opère sous l'influence de deux causes : l'une prédisposante, l'autre déterminante. La cause prédisposante est dans le volume du polype, dans la pression et l'irritation continuelles que la tumeur exerce sur un point des parois utérines, enfin dans l'amincissement, le ramollissement, l'ulcération et quelquefois même le sphacèle de ces parois qu'amènent l'excès et la continuité de la pression et de l'irritation. La cause déterminante est dans les contractions utérines, dans les efforts expulsifs que sollicite sans cesse la présence du polype.

On conçoit tous les désordres dont la rupture de l'utérus est suivie : inflammation suraiguë des organes ou des tissus voisins, péritonite, épanchements purulents, abcès pelviens; mort prompte dans la grande majorité des cas.

Plus rarement, l'utérus déchiré contracte des adhérences, soit avec la vessie, soit avec le rectum, soit même avec la paroi de l'abdomen. Bientôt ces organes se ramollissent, s'ulcèrent et se mortifient à leur tour, au niveau de l'adhérence; et le polype passe à travers la déchirure.

Suivant Marjolin et Lisfranc, les polypes de la matrice, sortis de la cavité utérine, peuvent aussi devenir adhérents aux parois du vagin, déterminer l'ulcération de la cloison recto-vaginale et se montrer saillants à nu dans le rectum.

Pronostic. — Le plus ou moins de gravité des polypes utérins est subordonné à leur siége, à leur volume et aux accidents qui peuvent les compliquer.

Les polypes de la cavité utérine sont plus graves que ceux qui prennent leur insertion sur le museau de tanche. Ceux qui naissent de la cavité cervicale sont moins graves que ceux qui sont implantés à la surface interne du corps utérin.

Quelle que soit leur nature, les polypes d'un petit volume n'offrent aucune gravité; tandis que les polypes volumineux donnent lieu parfois à des accidents sérieux (métrorrhagies abondantes et répétées, gangrène et infection putride, rupture de l'utérus, péritonite, etc.), capables, ainsi que nous l'avons dit, d'entraîner la mort des malades.

Les polypes, de même que les corps fibreux, n'apportent pas un empêchement absolu à la fécondation.

Ceux d'un très-petit volume, et renfermés encore dans la cavité

utérine qu'ils n'oblitèrent pas entièrement, laissent un passage suffisant au liquide spermatique et permettent une facile imprégnation.

Ce phénomène devient plus difficile, mais pourtant pas impossible encore, avec un polype plus volumineux, remplissant toute la cavité utérine et même dilatant le canal cervical.

Si la tumeur est plus volumineuse, si elle oblitère complétement la cavité de la matrice et le canal cervical, si elle descend dans le vagin et qu'elle en occupe la plus grande partie, il est évident qu'elle sera un obstacle sérieux pour les rapports conjugaux et une cause à peu près certaine de stérilité.

Les polypes sont enfin très-nuisibles à la fécondation, lorsqu'ils s'accompagnent de pertes répétées et abondantes.

Les polypes implantés sur le col utérin n'empêchent pas la grossesse de parcourir régulièrement les phases de son évolution. Mais comme ils seraient infailliblement un obstacle à l'expulsion du fœtus, il importe d'en pratiquer l'extirpation avant l'accouchement.

Les polypes ayant leur siége dans la cavité même de l'utérus apportent une gêne et des difficultés plus grandes au développement régulier de la gestation que les corps fibreux insterstitiels. Nous avons vu que ceux-ci s'opposent assez rarement à l'évolution fœtale, quand ils sont encore renfermés dans l'épaisseur du tissu de la matrice, c'est-à-dire quand ils ne font pas issue, soit du côté de la surface péritonéale, soit du côté de la surface muqueuse. Mais lorsqu'ils proéminent dans la cavité de l'utérus, ils en oblitèrent la capacité; ils y jouent le rôle de corps étrangers; ils y provoquent des hémorrhagies, et, pour toutes ces raisons, ils peuvent facilement devenir des agents d'avortement. Or, les polypes intra-utérins sont dans le même cas. Ils occupent dans la cavité utérine une place plus ou moins grande aux dépens de la masse embryonnaire, et ils donnent ainsi naissance assez souvent à des hémorrhagies ou au décollement des membranes, qui interrompent le cours de la grossesse et produisent une fausse couche.

Dans les cas où la grossesse a pu, malgré le polype, arriver à son terme, on voit quelquefois la tumeur devenir une source de complications pendant le travail ou d'accidents après l'accouchement.

Pendant le travail, le polype reste ou remonte le plus souvent vers la partie supérieure de la matrice et laisse le passage libre au fœtus; mais parfois aussi il tend à descendre avec le produit de la concep-

tion, et, par conséquent, à apporter un obstacle mécanique à son expulsion.

Après l'accouchement, le polype peut être éliminé spontanément: c'est le cas le plus heureux; cette élimination est le résultat des efforts expulsifs de la matrice et de la rupture du pédicule.

Mais si le pédicule résiste, si le polype demeure dans la cavité utérine, il agit à la manière d'un corps étranger; il provoque des hémorrhagies. Ces hémorrhagies surviennent à des époques très-variables. Quelquefois elles sont immédiates et d'une abondance inquiétante; d'autres fois elles ne se produisent que quelques heures après l'accouchement, ou le lendemain, ou dix, quinze, vingt jours après. L'expulsion spontanée a lieu parfois dans ces conditions, ordinairement pendant une hémorrhagie assez violente. Le docteur Oldham, cité par M. F. Guyon, note deux fois cette particularité dans ses observations. Dans un fait observé par le docteur Eldredge et rappelé par M. Guyon, l'expulsion se fit trente-six jours seulement après l'accouchement; la tumeur pesait deux livres, et dans ce cas il y eut un écoulement abondant et fétide, mais pas d'hémorrhagie.

En résumé, la présence d'un polype dans la cavité utérine est quelquefois une cause de stérilité; elle constitue toujours une circonstance grave pour la grossesse et pour l'accouchement. L'extirpation est donc pour les femmes mariées une opération utile.

THÉRAPEUTIQUE. — Le traitement des polypes utérins est *palliatif* ou *curatif*.

I. **Traitement palliatif.** — Il consiste dans l'emploi des moyens propres à conjurer les accidents locaux ou généraux que déterminent les polypes.

On soutient le ventre et l'on assure, autant que possible, l'immobilité de l'utérus à l'aide d'une ceinture abdominale ou hypogastrique.

Les hémorrhagies utérines sont combattues par les hémostatiques divers: limonade sulfurique, perchlorure de fer, ratanhia, etc.

Pour remédier à la leucorrhée, on prescrit des injections vaginales émollientes ou faiblement astringentes. Si l'écoulement est sanieux et fétide, ces injections seront faites avec des liquides aromatiques, chlorurés ou phéniqués.

On soutient les forces des malades par un bon régime, et, s'il est nécessaire, par l'emploi d'une médication analeptique.

On lutte contre la tendance ou l'état chloro-anémique par une alimentation choisie, par l'usage des vins généreux, des préparations de fer et de quinquina; par l'hydrothérapie, les bains de mer, les bains sulfureux, etc.

Le traitement palliatif est surtout applicable lorsque le polype, renfermé dans la cavité utérine, reste entièrement inaccessible à la main de l'opérateur. Dans ces cas, qui sont heureusement les plus rares, on peut se borner à faire la médecine des symptômes et à obéir aux indications fournies par les phénomènes locaux et l'état général des malades.

Cependant si les hémorrhagies sont trop répétées et trop abondantes, si elles épuisent les forces des malades et compromettent leur santé; si la femme est jeune, mariée, si le polype est un obstacle à la fécondation, et si la malade désire vivement être débarrassée de cette cause de stérilité, il ne faut pas hésiter à pratiquer la dilatation du col utérin, d'après le procédé de M. Sims, à l'aide de la tente-éponge, de manière à pouvoir pratiquer l'extirpation de la tumeur.

Il va sans dire que, toutes les fois que la position du polype permet de l'atteindre, il faut recourir au traitement curatif, afin de prévenir les accidents auxquels cette lésion expose.

II. **Traitement curatif.** — Il consiste dans l'ablation du polype, qui peut être pratiquée à l'aide des méthodes suivantes : la *compression*, le *broiement*, la *cautérisation*, l'*arrachement*, la *torsion*, la *ligature*, l'*écrasement linéaire*, l'*excision*.

1° *Compression avec la tente-éponge.*— Ce procédé n'a été, nulle part encore, l'objet d'une description didactique. On le trouve indiqué, plutôt que décrit, dans le traité de *Chirurgie utérine* de M. Marion Sims (p. 68-72). Ce chirurgien donnait des soins à une femme atteinte d'un polype fibreux intra-utérin, de la grosseur d'un œuf de pigeon, implanté sur le fond de la matrice. Des métrorrhagies abondantes et presque continuelles avaient réduit cette malade à un état d'anémie cachectique, avec anasarque. M. Sims introduisit dans l'utérus une tente-éponge volumineuse, dans le but de dilater le col et de pratiquer ensuite l'extirpation du fibroïde. Mais l'opération ne put être pratiquée au jour convenu, et la tente-éponge fut laissée,

involontairement, huit jours dans la cavité cervico-utérine. « La malade ne se plaignait de rien, si ce n'est de l'odeur intolérable répandue par l'écoulement séro-sanguinolent qui n'avait pas cessé de se faire pendant une semaine. L'éponge et le tissu du col semblaient être complétement amalgamés, et il fallut passer le bout du doigt entre les deux et sur tout leur pourtour pour les désunir peu à peu, avant de retirer l'éponge avec les pinces. On peut imaginer ma surprise, ajoute M. Sims, quand, en introduisant mon doigt dans la cavité utérine, je ne trouvai plus vestige de polype. La pression et le drainage opérés par l'éponge l'avaient complétement détruit. La malade se rétablit rapidement et revint bientôt à une santé robuste. »

Voilà une opération faite sans le savoir, et sans intention, et dont le succès est un pur effet de hasard. Mérite-t-elle de prendre rang parmi les procédés d'ablation des polypes utérins? Voici à cet égard l'opinion de M. Sims lui-même : « Si précieux que soit le principe établi par ce résultat heureux, je n'oserais cependant pas en recommander l'application comme règle de pratique dans le traitement des polypes fibreux; car le danger de la métrite que fait craindre le contact prolongé d'un tel irritant, et le danger plus grand encore de la pyohémie, après la désorganisation des tissus, la rendraient vraiment trop chanceuse. »

Nous approuvons cette réserve et nous partageons ce jugement.

Mais le procédé de la compression par la tente-éponge, si dangereux dans les cas de fibromes intra-utérins, ne peut-il pas être employé avec avantage contre les petits polypes folliculaires développés dans le canal cervical? M. Sims s'exprime ainsi sur ce sujet: « On doit toujours se servir de la tente avec confiance pour détruire les excroissances fongoïdes et les petits polypes muqueux, ou de Naboth, *quand on ne peut pas les extirper aisément* d'une autre manière. » M. Sims rapporte l'observation d'une dame guérie par ce procédé, et il affirme que son compatriote le docteur Emmet, qui a poussé fort loin ses expériences au sujet de la tente-éponge, a la plus grande foi dans la sûreté de son emploi comme dans son efficacité.

Ainsi donc, même de l'avis de M. Sims, le broiement à l'aide de la tente-éponge ne doit pas être employé témérairement à la destruction des polypes fibreux intra-utérins; ce procédé doit être exclusivement réservé au traitement des excroissances fongoïdes et des polypes folliculaires du canal cervical, « quand on ne peut pas les extirper aisément d'une autre manière ».

2° *Broiement.* — Ce procédé consiste à comprimer la totalité de la tumeur avec une énergie suffisante pour l'écraser, désorganiser son tissu, le réduire en pulpe, et l'extraire immédiatement. Il se pratique habituellement avec de fortes tenettes. M. Simpson et M. Nélaton ont imaginé, pour cette opération, des instruments spéciaux et très-puissants.

Le broiement n'est guère applicable qu'aux polypes d'un petit volume, et plus particulièrement aux polypes muqueux et vasculaires. Les polypes fibreux, en raison de leur dureté quelquefois extrême, ne se laisseraient pas facilement écraser.

Il importe de broyer dans un seul temps la totalité du polype, de n'en pas laisser de détritus dans la cavité utérine, de pratiquer des injections détersives, sous peine de produire une métrite aiguë ou de déterminer des phénomènes de putréfaction et de phlébite.

3° La *cautérisation* des polypes peut se pratiquer, soit avec les caustiques les plus bénins, tels que l'azotate d'argent ou le perchlorure de fer; soit avec des caustiques énergiques, les acides concentrés, la potasse de Vienne, la pâte de Canquoin, le crayon de Filhos et le cautère actuel.

L'emploi des caustiques violents est dangereux, il expose aux complications les plus graves; on y a renoncé avec raison, surtout pour les polypes de la cavité du corps utérin. Le nitrate d'argent, le perchlorure de fer et les acides peuvent s'employer avec efficacité pour détruire les petits polypes facilement accessibles des lèvres ou de l'orifice du museau de tanche.

4° *Arrachement.* — Il n'est point applicable à l'ablation des polypes fibreux, ni des polypes volumineux, ni des polypes à large base, à pédicule gros, épais et résistant. Il est formellement contre-indiqué dans les cas de polypes implantés dans la cavité utérine; car la traction qu'il nécessite pourrait occasionner l'inversion de l'organe.

On peut y recourir seulement pour l'extraction des petits polypes, des polypes muqueux, folliculaires ou vasculaires, à pédicule grêle et mou, implantés sur le museau de tanche ou dans la cavité cervicale.

Pour faire l'arrachement on saisit la tumeur avec des pinces à polypes, et on la sépare de son point d'insertion par une traction soutenue et progressive.

5° *Torsion.* — Comme pour l'arrachement, on saisit le polype avec une pince spéciale; mais, au lieu d'opérer une traction, on imprime

à l'instrument un mouvement de rotation, qui se communique à la tumeur et à son pédicule, et finit par le déchirer en un point plus ou moins voisin du lieu d'insertion. Il est rare que le pédicule soit enlevé jusque dans ses racines: pour prévenir la reproduction du polype, il est utile de cautériser avec une pointe de fer rouge le lieu d'implantation de la tumeur.

Ce procédé ne convient pas aux polypes fibreux à pédicule épais ou large, à cause de la résistance que rencontre la torsion. On peut y recourir avec avantage pour l'ablation des polypes d'un moyen ou d'un petit volume, à pédicule grêle, et surtout des polypes vasculaires ou muqueux.

6° *Ligature.* — Elle consiste à étreindre le pédicule du polype, en son lieu d'implantation, avec un fil végétal, ou mieux encore avec un fil métallique. On se sert, pour cette opération, soit de deux canules conductrices, à la manière de Levret et de Niessen; soit des serre-nœuds de Desault, de Sotto ou de Græfe; soit enfin d'un porte-ligature, instrument ingénieux et commode qui réunit à la fois les avantages de la double canule de Niessen et du serre-nœud de Sotto.

La ligature se pratique de deux manières : dans l'une, on serre fortement d'emblée le pédicule, on abandonne le fil, et on laisse la tumeur se détacher et tomber d'elle-même au bout de quelques jours; dans l'autre, on augmente la constriction graduellement et assez rapidement, de façon à sectionner le pédicule en quelques minutes: ce dernier procédé a été appelé par M. Maisonneuve ligature *extemporanée.*

La ligature est applicable à toutes les variétés de polypes. Mais ce procédé est rarement usité, sinon tombé en désuétude, depuis l'invention de l'écraseur linéaire. M. Sims le proscrit comme dangereux.

7° *Ecrasement linéaire.* — C'est, à vrai dire, une sorte de ligature qui s'opère, comme on le sait, à l'aide d'un instrument à chaînette imaginé par M. Chassaignac et nommé *écraseur linéaire.* On se sert, suivant le cas, d'un écraseur droit ou courbe. La chaînette de l'instrument jetée sur le pédicule, l'étreint, le serre, l'amincit, l'écrase et le sectionne séance tenante.

Quand le polype est volumineux ou profondément implanté dans l'utérus, on éprouve quelquefois de la difficulté à passer la chaîne autour du pédicule. Pour rendre cette application plus facile, quelques chirurgiens n'hésitent pas à exercer une traction sur la tumeur avec un ténaculum ou une pince de Museux, de manière à l'amener

au dehors. C'est une pratique dangereuse, qui peut être suivie d'accidents graves et qui doit être rejetée d'une manière absolue. Il faut se borner, suivant le conseil de M. Sims, à abaisser légèrement le polype, à le déprimer doucement contre la paroi inférieure du vagin et à le maintenir solidement dans cette position, avec un petit ténaculum fixé vers la partie moyenne de la tumeur.

M. Sims a modifié l'instrument de M. Chassaignac, en vue de l'ablation des polypes intra-utérins et pour rendre plus facile l'étreinte du pédicule par la chaînette. Il a ajouté à l'écraseur primitif un porte-chaîne assez semblable à une paire de pinces à dilatateurs, avec branches flexibles, qui tendent la chaîne, de telle sorte qu'elle peut être introduite directement dans le vagin ou dans la cavité utérine, aussi facilement qu'une sonde ou un porte-éponge. Après quoi la chaîne est déployée par les branches de ce porte-chaîne. (Marion Sims, *Chirurgie utérine*, p. 91.)

Le docteur Aveling (de Sheffield) a remplacé l'écraseur linéaire par un instrument spécial, reposant aussi sur le principe de l'écrasement, et que son inventeur nomme *polyptrite*.

L'écrasement linéaire doit être préféré à tout autre procédé d'ablation pour les polypes volumineux et très-vasculaires ; dans ces cas il offre les avantages réunis de la ligature et de l'excision, sans en avoir les inconvénients.

8° *Excision.* — Elle consiste à séparer le polype de son point d'insertion, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri.

Les ciseaux doivent être préférés, parce qu'ils rendent l'opération plus facile, moins dangereuse pour les tissus voisins du polype, et qu'ils n'exposent pas, au même degré, aux accidents hémorrhagiques.

M. Richet se sert d'une pince analogue à de forts ciseaux, dont les mors mousses, munis de dentelures fines, peuvent être pressés l'un contre l'autre. Cette pince, grâce aux mouvements de latéralité que possèdent ses branches, produit une sorte de mâchonnement.

M. Simpson a imaginé une espèce de serpette à lame cachée, qu'il appelle *polypotome*.

L'excision s'emploie, de préférence, pour l'ablation des polypes fibreux, à pédicule épais et dur.

Si le polype est vasculaire, si la malade est dans un tel état d'épuisement qu'il y ait quelque danger à risquer la plus petite perte de sang, l'écrasement linéaire doit être préféré à l'excision.

Règles communes à tous les procédés d'ablation des polypes. — Il faut

choisir, pour pratiquer l'opération, l'époque où le polype est sorti de l'utérus et fait saillie dans le vagin. Si l'on a affaire à un polype latent, il faut le rendre accessible, soit en provoquant sa sortie, soit en dilatant l'utérus. Dupuytren conseillait de débrider le col utérin par une ou plusieurs incisions de dedans en dehors. — M. Sims dilate le col utérin au moyen d'une tente-éponge qu'il laisse à demeure pendant six heures au moins, et dix heures au plus. « Grâce à ce procédé d'exploration, dit-il, nous déterminons aujourd'hui, avec la plus minutieuse précision, non-seulement la présence, mais le volume, la position, les relations et le point d'attache des polypes intra-utérins; aujourd'hui nous ne temporisons plus; nous allons immédiatement à la source du mal, et nous la supprimons dès que nous sommes assurés du lieu où elle se cache. » — M. Courty recommande l'usage préalable et préparatoire des dilatants associés à l'usage du seigle ergoté, « pour provoquer l'engagement du polype à travers le col et l'expulsion de cette tumeur dans la cavité vaginale ».

L'opérée doit être couchée sur un lit ferme et plat, tantôt en supination et les jambes fortement écartées, comme pour l'examen au spéculum; tantôt sur un des côtés, et les jambes ployées. Dans certains cas, l'opérée doit se tenir à genoux, le siége élevé et la tête basse. Il appartient à l'opérateur de choisir celle de ces trois positions qui rendra plus faciles le dégagement du polype, la recherche du pédicule et les manœuvres opératoires.

Le choix du spéculum, plein ou brisé, dépend aussi du siége et du volume de la tumeur. Dans bien des cas on doit préférer le spéculum univalve de M. Sims, qui permet d'ouvrir plus largement le vagin et de mettre à découvert une plus grande étendue de polype.

Si le polype est tellement volumineux qu'il oblitère entièrement le conduit vaginal et l'orifice vulvaire, il faut : ou débrider la vulve en pratiquant une incision en arrière, vers le périnée, comme Dupuytren, ou deux incisions latérales comme dans les cas de dystocie par étroitesse de la vulve. On peut encore, ce qui est préférable, « diminuer le volume de la tumeur, soit en incisant d'abord l'enveloppe du polype et l'énucléant ensuite; soit en en séparant un segment cunéiforme; soit enfin en enlevant la tumeur par morcellement et par fragment » (Courty).

Nous devons répéter ici le précepte, déjà formulé plus haut, de ne point exercer de fortes tractions sur le polype, dans la crainte de déterminer une inversion de l'utérus ou des accidents de métro-péritonite.

Si l'extirpation de la tumeur est suivie d'hémorrhagie, on doit arrêter la perte sanguine par des lotions d'eau fraîche acidulée avec du vinaigre ou de jus de citron, par l'application de l'alun ou du perchlorure de fer, enfin, si ces moyens échouent, par le tamponnement.

On prescrit le repos absolu pendant les dix ou quinze jours qui suivent l'opération, des lotions et des injections émollientes, narcotiques ou détersives, afin de modérer les douleurs, s'il en survient, ou d'obvier aux inconvénients pouvant résulter de sécrétions fétides.

Si la constitution a été affaiblie par des métrorrhagies abondantes et prolongées, il faut se hâter, après l'opération, de relever les forces et de combattre les symptômes de l'anémie par un régime fortifiant, les toniques et les ferrugineux.

Faut-il pratiquer l'extirpation d'un polype chez une malade parvenue au dernier degré de l'épuisement anémique? M. Sims n'hésite pas à répondre par l'affirmative. « Il fut un temps, dit-il, où les femmes atteintes de pareilles tumeurs mouraient sans qu'on eût fait le moindre effort pour les soulager. Il n'en est plus de même aujourd'hui; aucune opération délicate n'est plus facile, aucune ne réussit mieux. On perd quelquefois une malade parce qu'on la croit si près de la mort que toute intervention ne ferait qu'accélérer l'issue fatale. C'est là une grande erreur; car si, pour sauver la vie que menace une mort prochaine, nous encourons une grande responsabilité, si nous nous exposons à de grands risques, nous trouvons en cela même notre justification. »

C'est dans le même sentiment que Velpeau a dit, en parlant de l'extirpation des polypes utérins : « Leur thérapeutique constitue un des plus beaux triomphes de la chirurgie. »

CHAPITRE XVII.

DES MÔLES UTÉRINES.

DÉFINITION. — Jusque dans ces dernières années, rien n'était plus vague et plus indéterminé que le sens de ce mot. Sous cette dénomination, les anciens et un assez bon nombre de modernes ont décrit toutes les productions intra-utérines dont ils ne pouvaient nettement fixer la nature ; si bien qu'ils ont très-souvent rapproché et confondu les lésions les plus disparates par leur texture et les plus étrangères par leur origine. Il suffit, pour se convaincre de la vérité de ce que nous avançons, de lire le chapitre consacré aux *môles* dans les différents traités de gynécologie qui ont paru avant 1845, et en particulier dans les *Leçons de clinique chirurgicale* de Lisfranc.

Nous n'engagerons pas une discussion stérile sur la nature des môles, et nous n'emploierons pas un temps précieux à passer en revue les opinions si diverses et si contradictoires qui se sont produites sur cette lésion, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Pour nous, comme pour la majorité des auteurs modernes, la môle est un produit de conception, nous dirons même, avec Ruysch, le produit d'une conception altérée. On croit généralement qu'une môle représente « les restes des enveloppes du germe anormalement développées, ou s'étant modifiées plus ou moins après la mort et la destruction d'un embryon ou même d'un fœtus qui s'est résorbé en tout ou en partie. »

La plupart des auteurs ont distingué deux variétés de môles : les *vraies môles* ou *môles légitimes*, et les *fausses môles*.

Nous ne parlerons ici que des premières, puisque les autres ne sont que des concrétions sanguines, des corps fibreux ou des polypes libres dans la cavité utérine.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Les vraies môles ont été divisées en môles *charnues* et môles *vésiculaires* ou *hydatiformes*.

1° Les môles *charnues* se présentent, comme leur nom l'indique, sous la figure d'une masse de chair, dont la structure varie sensiblement, selon que le moment de leur expulsion s'éloigne plus ou moins du temps de la destruction du germe.

Elles sont grosses ordinairement comme le poing ; quelquefois elles ont le double de ce volume.

Leur forme est globuleuse, ou ovoïde ; leur surface lisse, inégale, irrégulière, lobulée.

Leur texture est comme spongieuse. Elle offre, au début, quelque analogie avec le tissu placentaire ; mais, à mesure que les môles charnues vieillissent, leur plexus vasculaire diminue et disparaît. Dans le premier cas, ces tumeurs sont rougeâtres et gorgées de sang ; dans le second, elles acquièrent une teinte rosée ou pâle, et une consistance plus ferme qui se rapproche de celle des tissus fibreux.

Les môles charnues sont presque toujours creusées d'une cavité centrale, dont les dimensions sont très-variables et qui renferme habituellement de la sérosité. Quelquefois du sang s'y épanche, la sérosité se résorbe ; les parois de la cavité reviennent sur elles-mêmes et emprisonnent un caillot fibrineux qui finit par faire corps avec la môle, et par oblitérer ainsi complétement cette cavité centrale. Enfin, les môles peuvent contenir des vestiges d'embryon ou des débris de fœtus, des os, des poils, des traces de cordon ombilical, de membrane amniotique, etc.

2° Les môles *vésiculaires* ou *hydatiformes*, nommées encore *môles hydatiques*, *hydatides* de l'utérus, sont constituées par des villosités choriales ou placentaires qui, dépourvues de vaisseaux par suite de la destruction précoce de l'embryon, se sont dilatées en vésicules pleines d'une sérosité claire. C'est à tort qu'on les a appelées *hydatides utérines*, puisqu'elles ne renferment jamais d'*échinocoques*, ces animaux parasites dont la présence est caractéristique des tumeurs hydatiques.

Les villosités du chorion ou du placenta, ainsi distendues, hydropiques, conservent leur disposition normale ; de sorte qu'elles se présentent, comme des grains de raisin, assemblées sous l'apparence d'une grappe plus ou moins abondante.

Il y en a de toutes les dimensions, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à la grosseur d'une amande. Elles s'accroissent en empruntant, par imbibition, des matériaux de nutrition à la caduque utérine. Le plus souvent cette membrane entoure la masse des vésicules et lui forme une poche ou enveloppe complète.

Les môles sont généralement solitaires ; cependant on a cité des exemples de môles multiples. Dans ce cas, elles sont ordinairement

petites, du volume d'une noix ou d'une pomme; on les rencontre tantôt isolées les unes des autres, tantôt réunies entre elles par quelques points (Sennert, cité par Lisfranc).

ÉTIOLOGIE. — Il serait difficile d'assigner une cause précise au développement des môles utérines.

Ces tumeurs, étant considérées comme le résultat de grossesses arrêtées dans leur évolution et le produit d'embryons dégénérés, ne peuvent se montrer que pendant la période active de la vie utérine. On ne les observe donc, généralement, que depuis l'époque de la puberté jusqu'à l'âge de la ménopause, et seulement chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels.

Les faits cités par Ruysch, Clarke, Gardien, et d'autres auteurs, de môles rendues par des jeunes filles et par des vieilles femmes vierges, doivent être imputés à des erreurs de diagnostic et rapportés à des polypes, à des fibromes ou à de simples concrétions sanguines.

Suivant l'opinion généralement admise, il faut donc faire rentrer dans l'étiologie des môles toutes les causes physiques ou morales capables d'interrompre le cours normal de la gestation. Il faut reconnaître pourtant que ces causes toutes *extrinsèques* ne doivent pas être les plus actives. C'est sans doute dans des conditions *intrinsèques*, — soit dans des dispositions anatomiques de la muqueuse utérine ou des membranes de l'œuf, soit dans une altération de nutrition de l'embryon, — qu'on doit surtout chercher la cause essentielle de l'arrêt de la grossesse et de la production des môles, notamment des môles vésiculaires.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les môles s'annoncent, au début, par des phénomènes analogues à ceux de la grossesse : suppression des menstrues, augmentation du volume et du poids de l'utérus, développement de l'abdomen; pesanteur anale, tiraillements dans les aines; engourdissements et faiblesses dans les membres inférieurs; réaction sympathique sur l'estomac et sur le système nerveux, caractérisée par de l'inappétence ou de la dyspepsie, des nausées, des vomituritions, des éblouissements et des tournoiements de tête, des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Cependant la grossesse ne suit bientôt plus son évolution régulière; ordinairement, dès le deuxième ou le troisième mois, le ventre cesse de se développer, le volume de la matrice reste stationnaire.

Des métrorrhagies plus ou moins fréquentes surviennent, précédées ou suivies d'un écoulement muqueux ou muco-sanguinolent plus ou moins abondant. Enfin, la femme éprouve dans le bassin des douleurs insolites de plus en plus intenses; et, après de nombreux efforts expulsifs, elle rend par le vagin une masse informe, qu'on reconnaît être une môle.

MARCHE.— DURÉE.— TERMINAISONS. — La durée du séjour des môles dans l'utérus est indéterminée; elles sont expulsées ordinairement au bout de soixante à quatre-vingt-dix jours (Lisfranc). Mauriceau n'a pas vu les véritables môles séjourner plus de sept à huit mois dans la matrice. Baudelocque parle d'une femme qui garda une môle pendant quatorze mois. Nous croyons qu'il faut se défier des exemples, cités par A. Paré, de Graaf, Heister et Vigaroux, de môles conservées dans la matrice pendant dix, quinze, vingt ans, et même toute la vie.

L'expulsion des môles s'opère tantôt facilement, tantôt avec une extrême difficulté. Les phénomènes qui la précèdent, qui l'accompagnent et qui la suivent, ressemblent absolument à ceux de la parturition; on peut même dire, si la môle est volumineuse, que c'est un accouchement véritable. Comme les mêmes accidents consécutifs peuvent se manifester, on ne saurait trop surveiller les suites de l'expulsion d'une môle.

Les môles accompagnent quelquefois la grossesse: cette coïncidence est rare; mais les faits rapportés par Hippocrate, Amatus, Viardel, Valeriola et Mercatus Donatus, la mettent hors de doute. D'ailleurs elle n'est point en opposition avec les données de la physiologie, qui enseigne que dans les grossesses doubles ou gémellaires, un seul germe se développe quelquefois; tandis que l'autre s'arrête dans son évolution, meurt, s'étiole et s'atrophie ou même se résorbe.

La môle, dans ce cas, provoque toujours une fausse couche, en excitant par sa présence les contractions utérines. Alors c'est tantôt la môle qui sort la première, tantôt c'est le fœtus qui est expulsé d'abord.

DIAGNOSTIC. — D'accord avec tous les auteurs, nous dirons que le diagnostic des môles est extrêmement difficile, et souvent même impossible à établir. Comme le dit Lisfranc, en réunissant les signes

fournis par cette maladie, le médecin est réduit au calcul des présomptions ou des probabilités.

Dans les premiers temps, la sémiologie des môles se confond avec celle de la grossesse. Dans cette période de doute bien légitime, on doit tenir la femme en observation, et attendre que la marche ultérieure de l'affection vienne éclairer le diagnostic. Si, au bout de quelques semaines, l'utérus cesse de se développer, s'il survient des métrorrhagies fréquentes; si un peu plus tard encore, au quatrième mois, par exemple, on ne sent ni les mouvements du fœtus, ni les battements du cœur, on est autorisé à penser qu'il ne s'agit pas d'une grossesse. Si la tumeur est très-dure, on soupçonnera un corps fibreux; si elle est fluctuante, une hydrométrie; si elle est mollasse, un peu dépressible, si elle a la consistance du tissu musculaire, on doit songer à la présence d'une môle. Mais, encore une fois, le diagnostic est plein d'obscurités, et le plus souvent ce n'est que l'issue de la tumeur dans le vagin ou son expulsion complète hors de la vulve qui peuvent définitivement éclairer le médecin.

Pronostic. — Le pronostic des môles n'a rien de grave, si l'expulsion se fait de bonne heure. Cependant il ne faut pas oublier que ces produits pathologiques peuvent devenir la cause d'hémorrhagies prolongées ou de fausses couches. Nous avons déjà dit que lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, sa sortie au dehors peut donner lieu à tous les accidents qui compliquent parfois l'accouchement. Nous devons ajouter que la métrite est assez commune à la suite des môles.

Thérapeutique. — Dans la grande majorité des cas, l'expulsion des môles s'opère spontanément. Dans d'autres circonstances, cette expulsion est difficile, et rencontre, comme celle du fœtus, des obstacles qui réclament l'intervention de l'art. Tantôt il est nécessaire de solliciter les contractions utérines par l'administration du seigle ergoté; tantôt il faut agir directement sur la môle et en opérer l'extraction, soit simplement avec les doigts, soit à l'aide de pinces à érignes ou même du forceps.

Après l'expulsion de la môle, la malade doit garder le repos au lit, jusqu'à ce que l'utérus soit suffisamment revenu sur lui-même et que tout danger d'accidents se soit évanoui.

On prescrit en outre un régime doux, des lotions et des injections vaginales émollientes. Enfin, on aura recours aux moyens appropriés, s'il survient des hémorrhagies consécutives ou des symptômes de putridité; ce qui arrive presque infailliblement si quelque débris de môle a été retenu dans la cavité de la matrice.

CHAPITRE XVIII.

DES CONCRÉTIONS SANGUINES DE L'UTÉRUS.

Nous n'entendons traiter ici que des coagulums sanguins qui se forment dans la cavité utérine, en dehors de l'état puerpéral.

Un certain nombre d'auteurs en ont parlé sous le nom de *fausses môles;* mais elles se distinguent essentiellement des môles en ce que ce ne sont point des produits de conception arrêtés dans leur développement. C'est aux concrétions sanguines qu'il faut rapporter la plupart des cas de môles qu'on dit avoir rencontrées chez des jeunes filles vierges, des religieuses cloîtrées, des veuves continentes et des vieilles femmes qui ne pouvaient pas être *soupçonnées.*

Les concrétions sanguines de l'utérus peuvent provenir du sang menstruel ou d'une métrorrhagie. Elles se forment toutes les fois que le sang est retenu dans la cavité utérine par un obstacle quelconque, résultant d'un rétrécissement ou d'une oblitération complète du conduit utérin ou de l'orifice du museau de tanche.

Le sang, ainsi épanché et emprisonné dans la matrice, subit une élaboration par laquelle la partie séreuse est résorbée, tandis que ses éléments plastiques se précipitent et se coagulent, tantôt en un simple caillot, tantôt en caillots multiples.

Il peut arriver aussi que les caillots multiples proviennent de la segmentation d'un coagulum plus volumineux.

Leur volume, comme leur nombre, est très-variable. On en a vu qui étaient petits comme des pois et des lentilles, et d'autres qui étaient gros comme une orange.

Ils se moulent, en général, assez exactement sur la cavité qui les renferme. Quand ils sont petits, ils sont le plus souvent elliptiques et

aplatis; quand ils sont volumineux, ils affectent une forme plus ou moins sphérique.

Leur surface est ordinairement lisse, polie et recouverte d'une pellicule, légère d'abord, et qui, plus tard, devient plus épaisse, tomenteuse, et prend toutes les qualités d'une fausse membrane.

Au fur et à mesure que le caillot vieillit, il diminue de volume par la perte graduelle de ses éléments absorbables; ses couches se décolorent de la périphérie au centre et prennent la couleur blanc jaunâtre et la consistance de la fibrine. Peu à peu la masse s'organise, devient de plus en plus dense et finit par acquérir les qualités du tissu fibreux.

Cependant il est rare que les caillots qui séjournent dans la cavité utérine soient blancs, décolorés et durs, comme les caillots enkystés des autres régions. Presque incessamment imbibés de sang par les métrorrhagies fréquentes qu'ils provoquent, ils présentent habituellement une teinte brune, et une consistance analogue à celle du tissu musculaire, ce qui les a fait souvent confondre avec les môles charnues.

Quelquefois, au centre des concrétions sanguines ainsi organisées, on trouve un noyau composé d'une matière jaunâtre et diffluente, qui paraît réfractaire à l'organisation. Dans certains cas, on a rencontré cette espèce de cavité centrale convertie en un foyer purulent.

Les concrétions sanguines de l'utérus donnent lieu à un développement anormal de l'organe, à des douleurs, à de la dysménorrhée ou à de l'aménorrhée d'abord, puis tôt ou tard à des métrorrhagies plus ou moins abondantes.

On doit favoriser la sortie de ces corps étrangers, soit par des moyens propres à provoquer les contractions utérines, soit par des tentatives d'extraction directe, pratiquées avec la main; il ne faut recourir, cependant, à ce dernier procédé que lorsque le col utérin est suffisamment dilaté, et que le caillot se présente à l'orifice du museau de tanche.

Si la concrétion sanguine donne lieu à des hémorrhagies répétées, abondantes, difficiles à réprimer, on doit pratiquer la dilatation artificielle du col utérin et opérer sans retard l'extraction du coagulum.

CHAPITRE XIX.

DE L'HYDROMÉTRIE.

Définition. — Nous appellerons *hydrométrie*, toute accumulation de liquide anormalement épanché dans la matrice.

Ce liquide est tantôt de la sérosité, tantôt du mucus; de là deux variétés d'hydrométrie : 1° une hydrométrie *séreuse*, 2° une hydrométrie *muqueuse :* la première se rattachant à la conception, la seconde indépendante de cet état.

§ I. — De l'hydrométrie séreuse.

C'est la seule qu'on trouve décrite dans les auteurs anciens, et la seule à laquelle soient applicables les dénominations d'*hydropisie de la matrice*, ou d'*ascite utérine*.

On a longtemps professé que cette forme d'hydrométrie pouvait se développer dans l'état de vacuité utérine: c'est l'opinion de Fernel, de Franck, de Mauriceau, de Désormeaux, de Lisfranc et de la plupart des anciens gynécologistes. Mais aujourd'hui, malgré les efforts de M. Teissier (de Lyon) pour réhabiliter la doctrine ancienne, on admet généralement, avec MM. Stoltz et Nægelé, que l'hydrométrie séreuse est essentiellement une maladie de la grossesse, qu'elle ne peut se développer que dans l'état de gestation, et qu'elle représente, comme les môles, le produit dégénéré d'une conception arrêtée dans son développement.

C'est dans les membranes de l'œuf que le liquide est contenu. Sa quantité peut varier depuis quelques grammes jusqu'à deux et trois litres. Rarement il est clair et limpide ; on pense même que, dans les cas où il a été trouvé pur, il s'agissait, non point d'une tumeur hydrométrique, mais d'une môle hydatiforme. En général, il est trouble, sanguinolent, roussâtre, épais, bourbeux, semblable à de la levûre de bière, à du chocolat ou à du marc de café. En même temps il exhale une odeur fétide, assez franchement putride. On y trouve presque toujours les débris d'un embryon ou d'un fœtus, arrêté dans son développement, mort depuis un temps plus ou moins long et dont la macération a ramolli, séparé et dissous en partie les éléments.

D'après ce qui vient d'être dit, l'hydrométrie séreuse serait produite par toute cause capable d'arrêter le germe dans son évolution et de donner la mort au fœtus.

Elle est caractérisée par la suppression des menstrues, l'augmentation de la matrice, la distension du ventre, un sentiment de pesanteur au périnée, des douleurs dans les lombes, des tiraillements dans les aines, des engourdissements et de la faiblesse dans les extrémités inférieures, de la constipation, des besoins fréquents d'uriner, des troubles digestifs, de la pâleur et de la bouffissure de la face, de l'infiltration œdémateuse des jambes, etc.

Assez souvent aussi il existe de l'*hydrorrhée*, c'est-à-dire un écoulement séreux ou séro-sanguinolent, qui s'opère par la vulve, en assez grande abondance, et d'une manière intermittente.

Par l'exploration directe (palper hypogastrique et toucher vaginal), on peut constater le développement anormal de l'utérus et la fluctuation de la tumeur.

L'absence du ballottement, des mouvements actifs du fœtus et des bruits du cœur, sert à distinguer l'hydrométrie de la grossesse. La fluctuation la distingue des tumeurs solides de la matrice; enfin la participation directe que prend la matrice à la formation de la tumeur la différencie des kystes de l'ovaire, dans lesquels on trouve, au contraire, l'utérus indépendant de la lésion.

Le plus souvent l'hydrométrie séreuse se termine spontanément par l'évacuation du contenu de la tumeur, tantôt quelques semaines, tantôt plusieurs mois après son début. Cette évacuation a lieu le plus souvent d'une manière subite dans un effort de toux, d'éternument, de vomissement, etc.

Lorsque l'évacuation du liquide s'accompagne de l'expulsion de la poche, la guérison est définitive; mais lorsque les membranes fœtales restent dans la cavité utérine, ce qui arrive quelquefois, leur déchirure s'oblitère, une nouvelle quantité de liquide s'épanche, et la tumeur se reproduit.

Dans des cas assez rares, et généralement, sous l'influence d'une violence extérieure, la poche hydrométrique peut s'enflammer, l'inflammation gagner le tissu aminci de l'utérus, celui-ci s'ulcérer et se rompre. On observe alors les symptômes d'une métro-péritonite, qui met toujours en danger la vie des malades, et qui parfois les enlève assez rapidement.

En dehors de ces cas, qui ne sont pas communs, l'hydrométrie

séreuse n'est point en elle-même une affection grave. Elle a seulement une certaine importance au point de vue des fonctions de la parturition, puisque, en simulant la grossesse, elle entretient des espérances qui sont suivies bientôt des plus amères déceptions.

Le traitement de l'hydrométrie séreuse consiste à favoriser l'évacuation du liquide et l'expulsion des membranes qui le renferment.

On éveille les contractions utérines par l'application de compresses froides sur l'abdomen, par des douches sur le col utérin, par l'administration interne de l'ergot de seigle. Si ces moyens sont insuffisants, et que l'état de la femme l'exige, on ne doit pas hésiter à déchirer les membranes avec les ongles ou à les ponctionner à l'aide d'un trocart. Il est superflu de dire qu'il faut, pour agir ainsi, que déjà le col utérin soit suffisamment dilaté.

Il importe de veiller avec le plus grand soin à ce que la poche hydrométrique soit expulsée tout entière, afin de prévenir les récidives et d'éviter les complications secondaires.

S'il survient, à la suite de cette sorte d'accouchement, quelques accidents, tels qu'une métrorrhagie, une métrite aiguë, une putrescence de l'utérus, etc., on doit les combattre par les ressources appropriées que l'art met à notre disposition.

§ II. — De l'hydrométrie muqueuse.

Elle ne diffère de la précédente que par la nature du liquide et les circonstances étiologiques qui président à son développement.

L'hydrométrie muqueuse n'est plus, comme la forme séreuse, un accident et un arrêt de développement de la parturition; elle est le produit d'une hypersécrétion de la muqueuse utérine malade, et presque toujours symptomatique d'une métrite chronique, soit simple, soit compliquée de la présence d'un polype ou d'un fibrome.

Cette accumulation de mucosités est déterminée par un rétrécissement ou une oblitération du canal utérin, qui s'oppose à leur libre écoulement au dehors.

L'hydrométrie muqueuse est donc toujours symptomatique d'une métrite interne, compliquée d'une coarctation du conduit de la matrice.

Le liquide est habituellement constitué par un mucus plus clair et moins dense que le mucus ordinaire. Cependant sa transparence et

son homogénéité sont quelquefois altérées par le mélange d'une certaine proportion de sang.

Nous avons donné nos soins à une malade chez laquelle cette collection de mucosités dans l'utérus se reproduisait périodiquement, chaque mois, à l'époque où elle avait l'habitude d'être réglée. Pendant un jour ou deux, cette femme ressentait des douleurs expulsives très-intenses, accompagnées de phénomènes qui cessaient brusquement après la sortie, par la vulve, d'une assez grande quantité d'un liquide clair, séro-muqueux. Ces phénomènes ne disparurent définitivement qu'après la dilatation du conduit vaginal au moyen du cathétérisme graduel.

La quantité de liquide varie généralement de 50 à 200 grammes; cependant, d'après M. Scanzoni, elle peut atteindre un kilogramme.

L'indication thérapeutique principale consiste d'abord à dilater le conduit utérin, afin de lever l'obstacle qui s'oppose à la sortie des mucosités; puis à combattre les symptômes de la métrite interne, de manière à tarir la source de la sécrétion morbide.

CHAPITRE XX.

DE LA PHYSOMÉTRIE.

On donne le nom de *physométrie*, de *grossesse venteuse*, de *tympanite* ou de *pneumatose utérine*, à la distension de l'utérus par des fluides gazeux.

Il y a quelques années encore, on admettait avec les anciens que les gaz contenus dans la cavité utérine pouvaient provenir de trois sources différentes : 1° de l'air atmosphérique, qui du vagin s'introduirait dans l'utérus par une sorte d'aspiration; 2° de la muqueuse utérine, qui, sous l'influence de certaines conditions pathologiques, acquerrais la propriété de sécréter des gaz; 3° enfin, de l'altération de corps étrangers, liquides ou solides, emprisonnés dans la matrice.

La première opinion est généralement abandonnée de nos jours; elle ne conserve guère qu'un partisan, M. Jules Guérin, qui, dans

diverses discussions académiques, a soutenu avec beaucoup d'énergie que les injections vaginales trop prolongées et administrées sans précaution pouvaient introduire un grand volume d'air, non-seulement dans l'utérus, mais même jusque dans le péritoine, à travers les trompes de Fallope. On n'a pas oublié le peu de succès qu'eut cette théorie, et les épigrammes qu'elle valut à son auteur de la part de ses contradicteurs, et en particulier de Malgaigne.

Quant à une exhalation gazeuse par les parois mêmes de la cavité utérine, chez les femmes hystériques, affection à laquelle on a plus particulièrement donné le nom de *grossesse venteuse*, personne n'admet aujourd'hui cette hypothèse, et l'on s'accorde généralement à reconnaître qu'elle ne reposait que sur une erreur de diagnostic.

Reste donc la production de gaz dans l'utérus, sous l'influence d'un travail de fermentation. C'est la seule explication possible, la seule réelle, comme l'ont établi d'une manière incontestable les beaux travaux de MM. Stoltz et Nægelé.

La première condition pour la production de la physométrie, c'est donc la présence, dans la matrice, d'un corps organique pouvant, par une longue macération, donner naissance à une exhalation gazeuse. Deux autres conditions sont nécessaires : c'est que, d'une part, l'orifice utéro-vaginal soit oblitéré, et que, d'autre part, les parois utérines soient suffisamment altérées ou affaiblies pour céder à l'effort expansif des gaz et se dilater sous l'influence de la pression excentrique de ces fluides.

Ces conditions se trouvent généralement réunies lorsque la matrice renferme, depuis un assez long temps, un polype, des caillots, une môle ou un produit de conception arrêté dans son évolution.

La physométrie donne lieu à une distension plus ou moins grande de l'utérus, à une augmentation du volume de l'abdomen, plus rapide que celle qui résulte de la grossesse normale, à des coliques utérines, à un sentiment de gêne et de pesanteur dans le bassin, à des tiraillements dans les lombes, dans les aines et dans les cuisses.

Les parois du ventre sont élastiques et la percussion produit une résonnance tympanique au niveau de la tumeur.

Si la tumeur est mixte, ce qui est assez fréquent, si elle est constituée par du liquide et du gaz (*hydrophysométrie*), on obtient par la succussion le bruit de flot ou de gargouillement.

Il arrive souvent, à l'occasion d'un mouvement brusque ou d'un effort, que l'obstacle qui s'opposait à la sortie du gaz emprisonné dans

la matrice (fausse membrane, caillot, polype obturateur) se rompt ou se déplace, et le gaz alors, trouvant une issue plus ou moins facile, s'échappe avec bruit ou explosion. Immédiatement le ventre tombe, ses parois se dépriment, et la femme sent se dissiper soudain le sentiment de tension et les douleurs pelviennes occasionnées par la distension excessive de la matrice.

Ordinairement une quantité plus ou moins grande de liquide sanieux, fétide, accompagne la sortie des gaz.

Tantôt l'expulsion est définitive, et la physométrie guérit spontanément; tantôt, au contraire, le gaz se reproduit sous l'influence des premières causes, qui persistent.

La physométrie ne réclame point un traitement particulier. Cette affection n'étant que secondaire et ne se développant que sous l'influence de la décomposition des matières organiques contenues dans la matrice, on doit recourir aux moyens curatifs que nous avons fait connaître dans les chapitres précédents, à l'occasion des polypes, des môles, des concrétions sanguines et de l'hydrométrie.

CHAPITRE XXI.

DU CANCER DE L'UTÉRUS.

Fréquence. — Les organes de la génération, et particulièrement la matrice et les mamelles, sont le siége de prédilection du cancer chez la femme.

Anatomie pathologique. — *a.* **Siége.** — Le cancer affecte le plus souvent le col de l'utérus; rarement il débute par le corps de l'organe; mais il s'y développe habituellement par voie de propagation, de même qu'il envahit aussi les parois du vagin, la cloison vésico-utérine et jusqu'au tissu de la vessie et du rectum.

b. **Forme.** — Les quatre variétés de cancer généralement admises, à savoir : le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde et le cancroïde ou cancer épithélial, peuvent se montrer dans l'utérus.

Le cancer épithélial et l'encéphaloïde se manifestent de préférence dans cet organe.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire avec détail la structure du cancer. Cette lésion se présente avec des caractères identiques, quel que soit son siége dans l'organisme. Nous nous bornerons donc à signaler les modifications qu'elle fait subir à la matrice. Nous parlerons d'abord du squirrhe, de l'encéphaloïde et du colloïde, puis du cancer épithélial.

La partie de l'organe atteinte de cancer est le plus souvent engorgée, volumineuse ; quelquefois, au contraire, mais très-rarement, on la trouve revenue sur elle-même, atrophiée et comme ratatinée. Elle est aussi plus ou moins irrégulière et déformée.

A la première période la muqueuse utérine est intacte. Si l'on pratique une incision sur le noyau cancéreux, on trouve un tissu dont les caractères varient suivant l'espèce de cancer.

Le *squirrhe* est un tissu dur, criant sous le scalpel, d'un blanc mat ou grisâtre, et imbibé d'une très-petite quantité d'un liquide spécial, auquel on donne le nom de *suc cancéreux*.

L'*encéphaloïde*, comme son nom l'indique, offre l'aspect, la couleur blanchâtre et rosée et la consistance caséeuse de la substance cérébrale.

Le *colloïde* se présente avec l'apparence d'une sorte de gelée peu vasculaire, sans trace de travail inflammatoire dans les parties voisines.

A la seconde période, la portion de muqueuse qui correspond au cancer est ulcérée dans une profondeur et une étendue plus ou moins grandes ; cette ulcération présente habituellement des bords irréguliers, anfractueux, souvent décollés. Le fond de l'ulcère est fongueux, grisâtre, ou sanieux, constitué par des détritus de matière cancéreuse, formant une espèce de bouillie facile à détacher avec le doigt, et sous laquelle on trouve un tissu très-altéré et saignant avec une extrême facilité. Le ramollissement du tissu cancéreux s'étend plus ou moins en profondeur ; les bornes du foyer morbide sont mal déterminées ; la matière cancéreuse est comme diffuse dans les mailles du tissu de l'utérus. Les parties qui se trouvent sur la limite sont livides, diversement modifiées dans leur consistance, très-vascularisées ; les vaisseaux utérins sont augmentés de volume, comme il arrive dans tous les tissus frappés de cancer.

C'est aussi dans cette période, dite d'altération et de ramollisse-

ment, qu'on voit le cancer se propager dans le voisinage de la matrice, gagner les parois du vagin, détruire les cloisons vésico-utérine et recto-vaginale, et envahir la vessie ou le rectum.

Enfin les ganglions lymphatiques du bassin et ceux de l'aine sont volumineux, engorgés, et infiltrés de matière cancéreuse.

Lorsque le cancer est ramolli, il est si difficile de distinguer à quelle variété on a affaire, que la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que les trois espèces de cancer se confondent à cette période. D'ailleurs, cette distinction pourrait-elle se faire, qu'elle ne serait d'aucune importance réelle au point de vue pratique.

On sait que les micrographes ont longtemps vu, décrit et figuré une cellule dite *cancéreuse*, qu'ils considéraient comme l'élément caractéristique, *spécifique*, du cancer. Aujourd'hui la spécificité de la cellule cancéreuse est rejetée par ceux mêmes qui s'en étaient montrés les plus fervents défenseurs. La majorité des micrographes s'accorde à reconnaître, avec M. Mandl et M. Virchow, que les éléments histologiques du cancer ne sont autres que les éléments histologiques normaux, proliférés, quelquefois sains, mais plus souvent modifiés et ne présentant rien de spécial.

Il est une quatrième variété de cancer qu'on observe, avons-nous dit, assez fréquemment sur l'utérus : c'est le *cancer épithélial* ou *épithélioma*. Aussi longtemps qu'on a admis la cellule spécifique, l'épithélioma n'a pas été considéré comme une production cancéreuse par les micrographes. Comme il en avait toutes les apparences sans en posséder l'élément prétendu spécifique, la cellule, on le désignait sous le nom de *cancroïde* (semblable au cancer). Maintenant que les micrographes eux-mêmes rejettent l'existence de la cellule spécifique, le cancroïde doit être regardé comme un véritable cancer; car il en possède toutes les propriétés et se comporte absolument de la même manière.

Le cancer épithélial peut s'observer sur tous les points de la muqueuse utérine, soit sur la portion de cette membrane qui recouvre le museau de tanche, soit sur celle qui tapisse la cavité de l'organe. Le museau de tanche y est plus sujet que la cavité utérine ; la lèvre postérieure en est le siége de prédilection.

Nous distinguons trois formes de cancer épithélial : 1° le cancroïde *fongueux* ; 2° le cancroïde *végétant* ; 3° le cancroïde *ulcéreux*.

Dans le cancroïde fongueux, la muqueuse utérine est d'une rou-

geur livide ; sa surface est rugueuse, comme hérissée de grosses granulations, molles, très-vasculaires, saignant au moindre contact; plus tard, cette surface s'ulcère et laisse écouler un liquide sanieux, fétide, caractéristique du cancer.

Le cancroïde végétant est constitué par une ou plusieurs excroissances, se détachant du col utérin dans le voisinage de l'orifice externe de la matrice. Ces excroissances sont formées d'un amas de granulations, qui donnent à la petite tumeur l'apparence inégale du chou-fleur. Virchow, Mayer (de Berlin) et Scanzoni, qui ont étudié spécialement ces productions morbides, les considèrent comme des tumeurs papillaires dégénérant plus tard en cancroïdes. Cette forme de cancer, comme la précédente, saigne avec une extrême facilité.

Le cancroïde ulcéreux ou rongeant, ainsi nommé parce que l'ulcération, au lieu d'être secondaire, est le premier phénomène par lequel il se manifeste, est caractérisé par une surface grisâtre, limitée par des bords calleux, taillés à pic et reposant sur un fond dur. Il saigne moins facilement que le cancer fongueux.

Borné d'abord à la muqueuse, l'épithélioma ne tarde pas à envahir le tissu propre sous-jacent, de manière à déterminer des pertes de substance assez considérables. Lorsque le cancer épithélial siége sur la muqueuse utérine interne, il peut gagner de proche en proche une grande partie du tissu musculaire jusqu'au voisinage de la surface externe de la matrice. Nous avons eu l'occasion de voir des utérus dont la surface interne et le tissu propre avaient été rongés ainsi par des cancroïdes. Rien à l'extérieur ne révélait une semblable altération ; la surface externe était intacte ; mais, au moyen d'une incision, on constatait que la cavité utérine était fort agrandie, dévorée, en quelque sorte, par les progrès de l'ulcération cancéreuse, tandis que les parois étaient réduites à quelques millimètres d'épaisseur : la matrice, dans ce cas, est comparable à ces fruits de belle apparence au dehors, mais corrompus intérieurement.

Nous avons déjà signalé la dissémination de la matière cancéreuse dans les ganglions lymphatiques. Nous devons ajouter que, dans certains cas, le cancer tend à se généraliser et se montre dans plusieurs organes : les glandes mammaires, le foie, le pylore, les reins, la rate, etc. Cependant cette dissémination est plus rare dans le cancer de l'utérus que dans le cancer des autres organes.

ÉTIOLOGIE. — Tout ce qui a été dit touchant l'obscurité de l'étiologie des affections cancéreuses, en général, est applicable au cancer de l'utérus.

1° **Causes prédisposantes.** — Beaucoup d'auteurs ont étudié l'influence de l'*âge* sur la production du carcinome utérin. Valleix, MM. Lebert, Scanzoni et Luys, ont entrepris à ce sujet des recherches statistiques, qui toutes s'accordent à démontrer la fréquence beaucoup plus grande de cette affection à l'époque critique et dans la période qui la suit immédiatement. Cette conclusion, généralement admise aujourd'hui, n'est pas conforme à l'opinion de Lisfranc, qui admettait que le cancer utérin sévit plus spécialement sur les personnes âgées de dix-huit à trente-cinq ans.

Une erreur de diagnostic peut seule expliquer une pareille assertion ; peut-être pourrions-nous en dire autant des douze cas de cancers de la matrice trouvés par Dugès et par madame Boivin chez des femmes au-dessous de vingt ans.

Ce qu'on a dit de la *constitution*, du *tempérament*, des *professions*, des autres conditions hygiéniques, ne nous paraît basé sur aucune donnée certaine, sur aucune preuve scientifique.

M. Scanzoni fait jouer un rôle assez important au *séjour des villes* et aux *influences morales*. Sur 108 femmes atteintes de cancer utérin, qu'il a observées, 78 habitaient les villes et 30 la campagne : 84 avaient éprouvé des chagrins profonds et des peines morales prolongées. M. Scanzoni ajoute même que « presque toujours les premiers symptômes de la maladie apparurent peu après l'émotion fatale ».

Les *excès de coït* ont été envisagés par quelques auteurs comme des causes prédisposantes du cancer de la matrice ; cependant il résulte des recherches de Parent-Duchâtelet que les filles publiques ne seraient pas plus sujettes à cette affection que les autres femmes. D'après M. Scanzoni, ce n'est pas la fréquence du coït qui prédispose au cancer, mais l'excitation morale qui l'accompagne : « En effet, dit-il, nous avons pu, chez quinze de nos malades, constater une lasciveté insatiable. » La rareté du carcinome utérin chez les prostituées, loin d'être en contradiction avec cette assertion, lui paraît au contraire fournir un témoignage confirmatif : « Car, en général, dit-il, elles n'exercent pas le coït avec la même lubricité qu'une femme qui se livre à un mari qu'elle aime. »

Toutes les *anomalies menstruelles* sont comptées au nombre des causes prédisposantes du cancer de l'utérus par la majorité des auteurs. Lisfranc, Dugès et madame Boivin, Valleix, Scanzoni et les écrivains les plus récents, n'ont pas hésité à admettre l'influence des troubles de la menstruation.

L'action des *accouchements nombreux* paraît encore devoir être prise en considération : ainsi, sur les 108 malades observées par M. Scanzoni, 72 avaient eu des accouchements fréquents. Lisfranc ajoute, avec raison, les fausses couches, les manœuvres criminelles destinées à provoquer l'avortement, etc.

Cependant nous pensons que ces causes, aussi bien que les maladies chroniques de l'appareil utérin, agissent plutôt comme occasionnelles que comme prédisposantes.

Avant de passer aux causes occasionnelles, il nous reste à parler de la question de l'*hérédité*. Le cancer est-il héréditaire? Aujourd'hui il n'est pas un médecin qui ne réponde par l'affirmative. Le cancer se transmet par hérédité, au même titre que toutes les maladies diathésiques. Toutefois nous ne prétendons pas inférer de là qu'une femme née d'une mère cancéreuse soit fatalement vouée au cancer, ni que le cancer utérin ne se développe nécessairement que sur une femme qui a dans sa famille des ascendants cancéreux. Notre opinion sur ce point n'est pas aussi absolue, et nous n'admettons que ce qui nous paraît suffisamment établi par l'observation clinique. Or des faits nombreux, recueillis par tous les observateurs, à différentes époques, attestent d'une manière incontestable l'influence de l'hérédité dans les affections cancéreuses. Seulement, on sait que cette influence ne s'exerce pas fatalement sur les descendants immédiats, qu'elle peut franchir une ou plusieurs générations et ne sévir qu'à des temps assez éloignés. Enfin nous croyons que le cancer, au moins dans une de ses formes, la forme épithéliale, peut se développer d'emblée sur l'utérus, comme sur un autre organe tapissé d'une membrane muqueuse, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une prédisposition héréditaire.

2° **Causes occasionnelles.** — Sur une femme prédisposée, la diathèse cancéreuse n'attend, en quelque sorte, pour se développer, que l'action d'une cause déterminante. Mais en quel point de l'organisme la diathèse a-t-elle le plus de tendance à se manifester? Évidemment c'est sur un organe doué d'une grande activité fonctionnelle, soumis

à des fatigues continuelles, tourmenté par des influences extérieures et des actions mécaniques diverses ; sur un organe, enfin, qui déjà est très-souvent le siége d'un travail pathologique plus ou moins ancien. Or, chez la femme, depuis l'âge de la puberté jusqu'à la ménopause, est-il un organe qui soit plus exposé que la matrice à ces influences ? Aussi est-ce de préférence sur l'utérus que la diathèse cancéreuse révèle son existence.

D'après ce que nous venons de dire, tout phénomène capable de produire sur le tissu de l'utérus un certain degré d'irritation peut devenir, chez une femme prédisposée, la cause efficiente d'un cancer de cet organe. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que la partie la plus exposée à ces influences, c'est-à-dire le col de la matrice, est aussi la plus exposée au cancer.

Au nombre des causes occasionnelles, nous signalerons : les congestions utérines fréquentes, les abus de coït, le défaut de proportion des organes sexuels, les accouchements fréquents, les manœuvres obstétricales, l'abus des pessaires, tous les genres d'excitation mécanique portés sur le col utérin, les troubles de la menstruation, toutes les variétés de métrite, les polypes et les corps fibreux, etc.

Mais de quelle manière agissent ces dernières lésions sur la production du cancer de la matrice ? Faut-il admettre avec Lisfranc, avec Dugès et madame Boivin, avec les anciens anatomo-pathologistes, que les lésions chroniques de l'utérus et l'engorgement inflammatoire, en particulier, puissent dégénérer en cancer ? Nous ne le pensons pas, à moins qu'il n'existe déjà une disposition préalable. Si ces affections pouvaient subir spontanément la dégénérescence cancéreuse, peu de femmes échapperaient à cette redoutable maladie ; car on sait combien est grand le nombre de malades atteintes de phlegmasies utérines chroniques !

Nous pensons donc que la métrite chronique et l'engorgement utérin n'agissent qu'à la manière de causes déterminantes, chez des sujets déjà prédisposés. La phlegmasie chronique est en quelque sorte le *stimulus*, l'aiguillon, qui provoque la manifestation de la diathèse, jusque-là demeurée latente.

SYMPTOMATOLOGIE. — 1° **Signes rationnels.** — Nous comprenons sous ce titre : la *douleur*, les [illegible] *les de la menstruation*, les *hémorrha-*

gies utérines, l'*écoulement leucorrhéique*, les *symptômes de voisinage* et les *phénomènes sympathiques*.

a. La *douleur* est un phénomène à peu près constant dans le carcinome utérin. Rarement, elle se manifeste dès le début de l'affection, mais le plus souvent à une époque plus ou moins avancée de son évolution ; quelquefois même elle ne se montre que très-tardivement, lorsque déjà la dégénérescence a envahi une partie ou la totalité du col utérin, et que le travail ulcératif a commencé.

En général, la douleur occupe la région utérine et se fait profondément sentir dans le bassin. Cependant il n'est pas rare qu'elle affecte seulement un des côtés ou du moins qu'elle soit plus intense d'un côté que de l'autre. Dans ce cas, nous avons toujours constaté, pour rendre compte de ce phénomène, soit l'existence d'un phlegmon chronique des ligaments larges, soit la propagation du cancer au tissu cellulaire péri-utérin, du côté où la douleur prédominait.

Rien n'est plus variable que sa nature et son intensité. Tantôt elle consiste en un sentiment de pesanteur et de gêne au périnée et dans la région sacrée ; tantôt elle est caractérisée par des élancements ou des déchirements subits et d'une extrême violence, qui arrachent des cris aux malades et leur interdisent le moindre repos. La douleur lancinante a été donnée comme pathognomonique du cancer ; il est vrai qu'elle est la plus fréquente, surtout à une période assez avancée de la maladie ; mais elle manque assez souvent d'une part, et, d'autre part, elle se montre dans bien d'autres affections de l'utérus, pour qu'il soit permis de la considérer à bon droit comme caractéristique de la lésion qui nous occupe.

La douleur, chez les femmes atteintes de cancer de la matrice, est tantôt continue, tantôt intermittente. Néanmoins, elle affecte rarement ces deux types d'une manière bien franche ; le plus souvent elle est rémittente et sujette à des exacerbations, qui sont toujours en rapport avec l'état de fluxion utérine. Ces exacerbations sont quelquefois irrégulières ; ce sont celles qui surviennent sous l'influence d'une cause fortuite et accidentelle, comme un coup, une chute, une violence extérieure quelconque, une émotion morale, etc. D'autres sont assez régulièrement périodiques ; celles-ci se manifestent pendant la nuit, probablement sous l'influence de la chaleur du lit ; elles se montrent aussi à chaque période menstruelle sous l'influence directe du molimen hémorrhagique qui s'accomplit régulièrement

à cette époque. On sait, et nous l'avons dit dans nos généralités physiologiques, que les femmes demeurent sujettes à cette influence même longtemps après l'âge critique.

Quel que soit le caractère des douleurs, dans le cancer utérin comme dans la métrite et dans le phlegmon péri-utérin, elles ne restent pas localisées dans la région utérine ; tôt ou tard elles se disséminent en quelque sorte ; elles s'irradient dans les lombes, dans les reins, dans les membres inférieurs et éveillent même des retentissements sympathiques dans les nerfs intercostaux et les nerfs crâniens. Dans ce cas, la douleur revêt le type névralgique, c'est une véritable hystéralgie. Il n'est pas rare alors qu'elle éclate par crises, par accès, dont la violence et la durée sont trop variables pour qu'il soit possible de rien préciser à cet égard.

Nous avons vu déjà que les douleurs provoquées par le cancer sont réveillées ou exaspérées par toute cause capable de fluxionner l'utérus ou de déterminer un ébranlement vers l'appareil nerveux des organes génitaux ; nous avons signalé l'époque menstruelle, la chaleur du lit, les coups ou les chutes sur le bassin ; nous ajouterons les excitations génésiques, directes ou indirectes, les mouvements trop souvent répétés des membres inférieurs, les efforts, la marche, le saut, la danse, les cahotements d'une voiture, etc.

b. Troubles de la menstruation. — Lorsque le cancer se développe chez une femme encore menstruée, il peut, au début, ne déterminer aucun dérangement dans cette fonction ; mais bientôt les règles subissent des modifications sensibles, soit dans le temps de leur apparition, soit dans leur quantité et dans leur qualité.

Le plus souvent le cancer utérin s'accompagne d'une irrégularité notable dans l'éruption menstruelle. Rarement les femmes éprouvent des retards, ou, si cela arrive, c'est toujours au début de l'affection ; plus tard, et ordinairement même dès le principe, les règles avancent de quelques jours ; puis elles apparaissent plus fréquemment que de coutume ; enfin elles se montrent sans ordre et sans régularité.

La durée de l'écoulement devient aussi plus longue et sa quantité plus grande.

Le sang perd de sa plasticité à mesure que la lésion fait des progrès.

c. Métrorrhagie. — Chez beaucoup de malades, dès le début, chez toutes, à une certaine période de la maladie, les pertes sanguines re-

vêtent, par leur fréquence et leur abondance, tous les caractères de la métrorrhagie.

Chez les femmes qui ont passé l'âge critique, les métrorrhagies symptomatiques d'une affection cancéreuse peuvent être prises, et sont prises souvent, pour une apparition tardive des menstrues. S'il est permis aux malades et aux personnes qui les entourent de se faire des illusions à ce sujet, le médecin ne saurait trop se tenir en garde contre ces retours extraordinaires. Ainsi que nous avons déjà eu occasion de le dire, le prétendu renouvellement de la menstruation, après le temps de la ménopause, doit presque toujours être regardé comme un signe de mauvais augure.

Quelquefois la métrorrhagie est le premier symptôme du cancer utérin ; elle se montre avant les douleurs. D'autres fois, elle se manifeste en même temps ; enfin, dans d'autres circonstances, elle n'apparaît qu'un plus ou moins long temps après.

La fréquence des pertes sanguines et leur abondance varient d'ordinaire avec la marche de la lésion ; elles augmentent, en général, à mesure que la désorganisation cancéreuse gagne en profondeur et en étendue.

Le retour et la recrudescence des métrorrhagies sont soumis encore aux mêmes influences que les douleurs. Les pertes apparaissent ou augmentent à l'occasion de tout mouvement fluxionnel vers l'appareil utérin. Aussi les voit-on survenir surtout à l'époque correspondant à la période menstruelle chez les femmes qui ne sont plus réglées ; elles sont provoquées ou accrues par la chaleur du lit, la station debout prolongée, les mouvements brusques, les ébranlements du bassin, les violences extérieures sur cette région, les excitations génésiques, les émotions morales, etc.

La qualité du sang perdu est particulièrement subordonnée à la période de l'affection. Au début, ce liquide est plus ou moins pur, présentant ou les caractères du sang veineux ou ceux du sang artériel. Il est tantôt entièrement fluide, tantôt accompagné de caillots. A une période plus avancée, il est manifestement altéré par son mélange avec du pus, de la sanie et des détritus cancéreux.

d. Écoulements. — Indépendamment des pertes sanguines, il est rare que le cancer utérin ne donne pas lieu par le vagin à un écoulement, dont la nature varie suivant la période de la lésion. Chez les femmes antérieurement atteintes de leucorrhée, on n'observe d'abord qu'une modification dans la quantité des produits, qui de-

viennent plus abondants que de coutume. Chez celles qui n'ont pas habituellement de flueurs blanches, il s'opère d'abord une sorte de suintement séreux, assez limpide, dont la consistance et la quantité vont ensuite en augmentant au fur et à mesure des progrès de la lésion cancéreuse.

Cet écoulement alterne avec la métrorrhagie et remplit tout l'intervalle des pertes sanguines.

Plus tard la matière qui le forme acquiert de nouvelles qualités; elle devient plus opaque, plus épaisse, plus consistante; elle est tantôt lactescente et puriforme, tantôt jaunâtre ou verdâtre; d'autres fois, et c'est le cas le plus commun dans la dernière période du cancer, elle est roussâtre, ou d'une teinte brune, comparable à la couleur du chocolat ou de la lie de vin.

Dans ce cas, les pertes sanguines se confondent avec l'écoulement purulent; il en résulte un liquide épais, sanieux, composé d'un mélange de sang, de pus et de détritus organiques.

Au début, l'écoulement n'a aucune odeur caractéristique; il présente seulement cette fadeur, cette exhalaison douceâtre, qui appartient aux mucosités utérines et vaginales. Mais, à mesure qu'il change de nature, le liquide acquiert une odeur fétide, nauséabonde, *sui generis*, qui rend les malheureuses femmes, atteintes de cancer utérin, un objet de dégoût pour elles-mêmes, et de répugnance invincible pour le plus grand nombre des personnes qui les entourent.

La nature repoussante de l'écoulement, dont nous parlons ici, atteint son plus haut degré lorsque, le cancer ayant détruit les cloisons vésico- et recto-vaginales, l'urine et les matières fécales viennent se mélanger à la sanie purulente.

Nous avons dit plus haut, en parlant de la douleur, qu'elle se manifeste quelquefois sous forme de crises ou d'accès; nous ajouterons ici que ces crises se terminent le plus souvent par une métrorrhagie ou un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant. Voici quel est le mode de production de ces crises; il ne manque pas d'analogie avec celui des accès que nous avons déjà décrits à propos de la métrite interne compliquée de rétrécissement du conduit utérin. En effet, chez un assez grand nombre de malades, le cancer occupant le col de l'utérus détermine un rétrécissement plus ou moins complet de son conduit, ou une oblitération de l'orifice du museau de tanche. Il en résulte que les produits exhalés à la surface interne de la matrice, sang ou mucosités, sont emprisonnés pendant un temps plus ou

moins long dans cet organe, s'y accumulent, en distendent les parois et provoquent ces recrudescences douloureuses, ces efforts expulsifs qui ne se dissipent que lorsque la matrice est parvenue à se débarrasser des produits déposés dans sa cavité.

e. Symptômes de voisinage. — Le cancer de l'utérus, parvenu à une certaine période, s'étend, comme nous l'avons dit à propos de l'anatomie pathologique, aux parois vaginales et aux organes voisins. Lorsque la tumeur est devenue assez volumineuse pour intéresser les cloisons vésico et recto-utérines, on observe des troubles divers dans les fonctions de la vessie et du rectum.

Du côté de la vessie, ce sont tantôt des signes de rétention, produits par la compression du canal de l'urèthre; tantôt, et le plus souvent, ce sont des symptômes d'incontinence, du ténesme, des besoins d'uriner plus fréquents et plus impérieux, de l'hématurie même, provoqués par l'irritation que détermine le travail morbide. Plus tard, si le cancer a détruit la cloison et intéressé la paroi vésicale, l'urine n'est plus retenue dans son réservoir et s'écoule incessamment par le vagin.

Du côté du rectum, on observe d'abord une constipation plus ou moins opiniâtre, puis des épreintes anales et des douleurs plus ou moins vives, qui deviennent souvent atroces pendant l'acte de la défécation. Quand le cancer se propage jusqu'au rectum, les selles sont sanguinolentes, puis mélangées de pus et d'une sanie ichoreuse. Enfin la cloison recto-vaginale se perfore et les matières fécales s'échappent continuellement par le vagin, qui ne forme plus alors qu'une espèce de vaste cloaque.

f. Phénomènes sympathiques. — Parmi les phénomènes éloignés et sympathiques, nous avons déjà signalé les douleurs névralgiques intercostales, celles de la face et des membres supérieurs ; nous ajouterons les troubles divers qui se montrent dans les fonctions de la nutrition. Les malades perdent l'appétit; elles ont habituellement la bouche mauvaise, la langue sale et couverte d'enduits muqueux; elles sont sujettes à des nausées et à des vomissements fréquents.

Elles deviennent tristes ; elles maigrissent rapidement, épuisées par les pertes sanguines et par l'insuffisance ou la suppression des fonctions nutritives; leurs traits se flétrissent, leurs chairs deviennent flasques et molles, leur circulation languit ; leur teint s'altère profondément et prend cette couleur *jaune-paille*, qu'on a considérée

comme caractéristique du cancer : on voit, en un mot, survenir ce cortége de symptômes qui caractérisent la *cachexie cancéreuse*, et sur lesquels nous reviendrons en parlant de la marche de l'affection.

2° **Signes sensibles ou directs.** — *Toucher.* — Les signes fournis par le toucher sont très-variables suivant le siége du cancer, suivant son espèce et le degré de son évolution.

Lorsque le cancer occupe le col utérin, nous avons dit qu'il se montre de préférence sur la lèvre postérieure du museau de tanche.

Au début, on sent cette lèvre volumineuse, épaissie, plus ferme, plus dure qu'à l'état normal, possédant, en un mot, des caractères peu différents de ceux de l'engorgement simple.

Mais il est rare qu'on ait occasion de pratiquer le toucher à cette période.

Le plus souvent, le cancer est ulcéré et ramolli, quand les malades s'offrent à notre observation.

Dans ce cas, on trouve le col utérin plus ou moins volumineux et déformé. On sent tantôt une perte de substance d'une étendue et d'une profondeur variables, dont le fond est mollasse et fongueux et les bords irréguliers, durs et calleux ; tantôt, au contraire, des excroissances, des végétations à surface anfractueuse et bosselée, tenant au col de l'utérus, soit par un pédicule, soit par une large base.

Ces lésions peuvent être assez bornées, et généralement, elles le sont au début. Mais, par les progrès de la dégénérescence, elles envahissent peu à peu toute la surface du museau de tanche, qu'elles transforment en une tumeur irrégulièrement mamelonnée, creusée de sillons tortueux et profonds ; dès lors il n'est plus possible de distinguer ni les lèvres du col, ni l'orifice utéro-vaginal.

A un degré plus avancé encore, les parois vaginales sont envahies par le cancer ; les culs-de-sac antérieur et postérieur sont effacés. Quelquefois, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les cloisons vésico- et recto-vaginales sont perforées ou détruites, et dans ce dernier cas le doigt peut pénétrer dans la vessie ou dans le rectum.

Dans toutes ces circonstances, l'utérus a perdu sa mobilité normale, et l'exploration des organes génitaux occasionne des douleurs plus ou moins vives, souvent même des hémorrhagies.

Le doigt explorateur, retiré du vagin, est souillé par la matière ichoreuse et les détritus du cancer.

Dans les cas rares où le cancer occupe le corps de la matrice, on constate par le toucher vaginal une augmentation de volume de la partie malade, dont la surface extérieure est parfois plus ou moins régulière et bosselée; on trouve, en même temps, l'utérus abaissé ou dévié.

Examen au spéculum. L'examen au spéculum permet de constater par la vue les lésions déjà révélées par le toucher, à savoir:

Dans la première période du cancer, la tuméfaction et l'engorgement de la partie affectée;

Dans les périodes plus avancées, la tumeur cancéreuse avec l'aspect irrégulier, inégal, la surface fongueuse et saignante, la teinte grisâtre ou brunâtre que nous avons signalées à propos de l'anatomie pathologique.

L'examen au spéculum ne doit pas être pratiqué trop à la légère. Il est généralement douloureux et il peut déterminer des métrorrhagies plus ou moins abondantes.

On s'en abstiendra lorsque le cancer aura gagné les parois vaginales, dans la crainte de produire la déchirure des tissus affectés, dont la friabilité est extrême.

Marche. Durée. Terminaisons. — Le cancer utérin est une affection essentiellement chronique, dont l'évolution s'opère lentement, mais toutefois plus lentement au début que dans les dernières phases du travail pathologique.

La marche du cancer de la matrice peut être divisée, comme celle de tout cancer, en trois périodes:

I. — Dans la *première période*, le tissu utérin envahi, infiltré par les éléments cancéreux, augmente de densité, de consistance et de volume. Beaucoup de femmes ne souffrent pas, tant le début de l'affection cancéreuse s'effectue d'une manière insidieuse et, pour ainsi dire, latente; quelques-unes éprouvent seulement une sensation de pesanteur et de gêne, quelques tiraillements dans les aines et dans les lombes; d'autres, — et c'est le cas le plus rare, — ressentent déjà des douleurs très-vives, telles que nous les avons décrites plus haut. En général, on n'observe aucun trouble sensible dans les fonctions utérines, ou à peine une certaine irrégularité dans la menstruation.

Le toucher et le spéculum ne révèlent d'autres signes que ceux d'un engorgement de l'utérus.

II. — A la *deuxième période*, le cancer s'ulcère et se ramollit ; mais ce travail de désorganisation est encore assez superficiel. Une sérosité roussâtre d'abord, puis du pus et de la sanie ichoreuse s'écoulent par la vulve. La menstruation devient plus fréquente et se montre à des époques irrégulières ; il y a des métrorrhagies plus ou moins abondantes et répétées.

Les douleurs deviennent plus intenses, et généralement elles apparaissent alors, si elles ont manqué jusque-là.

La santé générale commence à s'ébranler ; et alors on observe les troubles digestifs, les douleurs névralgiques, la diminution des forces, l'altération des traits, l'œdème des membres inférieurs, etc.

III. — La *troisième période* comprend l'ensemble des symptômes auxquels on a donné le nom de *cachexie cancéreuse*.

Du côté de l'utérus, la dégénérescence carcinomateuse a gagné en surface et en profondeur ; les parois vaginales et quelquefois la vessie et le rectum sont envahis ; l'écoulement revêt de plus en plus des qualités de mauvaise nature ; tantôt les douleurs se calment ; tantôt, et le plus souvent, elles deviennent intolérables et presque incessantes.

Mais, comme il s'est effectué une sorte d'empoisonnement de l'organisme, ce sont les phénomènes généraux qui dominent alors la scène : maigreur excessive, coloration jaune-paille de la peau, perte absolue de l'appétit, vomissements presque continuels, diarrhée colliquative, prostration des forces, petitesse du pouls, lipothymies fréquentes, anasarque, et, finalement, tous les signes du marasme et de la fièvre hectique.

Le cancer parcourt ces périodes dans un temps très-variable. Cette maladie dure depuis quelques mois jusqu'à deux, trois ans et au delà. D'ailleurs, comme ses débuts sont souvent obscurs et méconnus, il est difficile de lui assigner une durée certaine et même sensiblement approximative.

La mort en est la terminaison habituelle et, pour ainsi dire, fatale.

Complications. — Le cancer, comme chacun le sait, est une maladie diathésique ; aussi n'est-il pas rare d'observer sa dissémination

sur divers points de l'organisme. L'encéphaloïde surtout est essentiellement diffus de sa nature; le squirrhe l'est beaucoup moins; le cancer épithélial est rarement multiple.

Les ganglions lymphatiques, les mamelles, l'estomac (pylore), le foie et les reins sont les organes que le cancer envahit, quelquefois, simultanément avec la matrice.

Diagnostic. — Le cancer, dans ses deux dernières périodes, a des caractères tellement tranchés qu'il ne saurait être confondu avec aucune autre altération de l'utérus. Mais il n'en est pas de même au début, où il peut être pris, soit pour un engorgement chronique ou pour une tumeur fibreuse, s'il s'agit d'un encéphaloïde ou d'un squirrhe, soit pour une métrite ulcéreuse ou un polype, s'il s'agit d'un cancroïde ou d'un chou-fleur cancéreux.

Voici à quels signes différentiels on peut quelquefois parvenir à distinguer ces diverses altérations :

Dans l'engorgement chronique, la lésion occupe, en général, les deux lèvres du museau de tanche, bien qu'elle soit ordinairement plus prononcée sur la lèvre postérieure ; la muqueuse utérine est sensiblement hypérémiée, plus rouge qu'à l'état normal ; la consistance du tissu utérin n'est que faiblement augmentée.

Les tumeurs fibreuses se développent rarement au col utérin ; le corps en est le siége de prédilection. Elles sont douées d'une dureté caractéristique et d'une régularité remarquable.

Le cancer envahit presque toujours le col, et de préférence la lèvre postérieure. L'engorgement qui le caractérise, au début, ne s'accompagne pas de rougeur inflammatoire de la muqueuse, comme l'engorgement phlegmasique : il ne présente pas cette forme régulière, ces limites nettement accusées qu'on observe dans les tumeurs fibreuses : il est, au contraire, inégal et diffus.

L'engorgement phlegmasique est presque toujours douloureux au toucher, tandis que l'engorgement cancéreux l'est rarement.

Comme on le voit, le diagnostic de la première période du cancer ne repose que sur des nuances. On doit donc appeler à son aide toutes les circonstances capables de jeter quelque jour sur cette obscure question : il faut prendre en considération l'âge de la malade, et l'interroger avec soin sur ses antécédents de famille : si le père ou la mère ou quelqu'un des proches parents est actuellement atteint ou est mort d'une affection cancéreuse, si la malade elle-même porte

dans une autre région une tumeur de cette nature, si les ganglions inguinaux sont engorgés, il y aura de fortes présomptions pour soupçonner un cancer plutôt qu'un engorgement phlegmasique ou une tumeur fibreuse.

Mais ce qui éclairera singulièrement la question, c'est le résultat du traitement et la marche ultérieure de l'affection.

Dans la métrite parenchymateuse, un traitement approprié, tel que nous l'avons formulé plus haut, amènera la résolution progressive de l'engorgement; tandis que ses effets seront nuls dans les cas de tumeur fibreuse et de cancer.

La tumeur fibreuse va augmentant sans cesse de volume; mais elle ne s'ulcère ni ne se ramollit jamais; jamais elle ne subit cette dégénérescence, propre au cancer, qui entraîne la fonte purulente et la destruction rapide et complète des tissus.

Ce n'est aussi qu'au début que le cancroïde ou cancer épithélial, sous ses deux formes, peut en imposer pour une ulcération granuleuse simple ou un polype du col utérin.

Les ulcérations simples ou les ulcérations folliculeuses sont habituellement multiples; leur surface, peu inégale, d'une teinte rosée ou rouge, saigne peu et difficilement.

L'ulcération cancéreuse est ordinairement unique, plus large que les précédentes; son fond est tantôt fongueux, d'un rouge violacé, d'une consistance mollasse, quasi-pulpeuse, et saigne avec une extrême facilité; tantôt, au contraire, il est calleux et grisâtre, ses bords sont épais et durs.

Le chou-fleur cancéreux se distingue du polype par sa forme inégale et bosselée, par sa consistance hétérogène et par le développement des vaisseaux qui entourent son pédicule.

Mais encore ici le diagnostic doit être éclairé par les commémoratifs, les effets du traitement et l'étude de la marche ultérieure du mal. (Voyez, pour plus de détails, p. 465 et 466.)

Pronostic. — Il n'est guère d'affection de plus mauvais présage que le cancer.

Nous avons déjà dit qu'elle est fatalement mortelle; nous ajouterons qu'elle est essentiellement sujette à récidives. Enlevez le cancer sur un point, il reparaît à côté, ou il répullule sur un autre organe. Notre opinion est formelle à cet égard, parce qu'elle est basée sur une longue expérience. Les exemples de guérison radicale

que l'on trouve dans les livres, ou dont on fait grand bruit dans le monde, proviennent ou d'une erreur de diagnostic ou de la mauvaise foi et du charlatanisme. Il n'existe encore dans la science aucun cas de guérison authentique d'un véritable cancer. Telle est notre intime conviction. Est-ce à dire, pour cela, que nous niions d'une manière absolue la curabilité du cancer? Nullement : nous ne voulons pas à ce point préjuger des progrès futurs de l'art de guérir. Ce que nous prétendons seulement, c'est qu'une médication vraiment efficace contre le cancer est encore à trouver.

Thérapeutique. — Nous n'avons donc pas besoin de nous étendre longuement sur les moyens de traitement proposés contre cette terrible affection.

A l'intérieur, on a vainement administré tour à tour la ciguë, le chlorure d'or, les préparations d'iode, les mercuriaux, etc.

Comme moyens externes et chirurgicaux, Lisfranc a proposé et pratiqué l'amputation du col de la matrice. MM. Scanzoni et Bennett conseillent cette opération seulement au début du cancer et lorsque la lésion est très-circonscrite.

Langenbeck et Récamier ne se contentaient pas de l'excision des parties affectées, ils extirpaient le col utérin en totalité. Et même, dans un cas, Récamier a enlevé l'utérus tout entier.

Jobert (de Lamballe) a préconisé la cautérisation avec le fer rouge.

M. Maisonneuve a proposé l'extirpation au moyen de la ligature, et M. Chassaignac, à l'aide de l'écraseur linéaire. Nous croyons que ces deux derniers moyens peuvent être employés pour les cancroïdes pédiculés que nous avons décrits sous le nom de choux-fleurs cancéreux.

D'autres praticiens ont eu recours à toutes les variétés de caustiques solides et liquides : chlorure de zinc, perchlorure de fer, chlorure de brome, pâte de Vienne, potasse caustique de Filhos; acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, nitrate d'argent, nitrate acide de mercure, etc., etc.

Il n'est pas un de ces moyens que nous n'ayons essayé, à plusieurs reprises, et à toutes les périodes du cancer. Toujours nous avons vu la lésion récidiver, soit sur place, soit sur un autre organe.

La plupart même sont plus nuisibles qu'utiles, surtout à une certaine période. On a étrangement abusé, dans ces derniers temps,

de la cautérisation et particulièrement de la cautérisation au fer rouge. Nous sommes convaincus que, dans la majorité des cas, la cautérisation n'est propre qu'à déterminer une irritation dangereuse et à précipiter la marche du cancer. Il ne faut donc en user que très-sobrement, et seulement lorsque le mal est limité en surface et en profondeur.

Nous croyons donc que, dans l'état actuel de la science, il faut confesser l'impuissance de l'art et se borner à une médication palliative, c'est-à-dire au traitement des accidents déterminés par le cancer.

On combat la douleur par les narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur : les préparations d'opium, de belladone, de jusquiame, de chloroforme, etc.; les injections calmantes, les lavements et les suppositoires opiacés et belladonés, les cataplasmes, les fomentations, les onctions, les petits vésicatoires saupoudrés de morphine sur le bas-ventre, les bains entiers adoucissants et calmants, etc.

La douleur est quelquefois si vive et si rebelle, qu'elle résiste à tous les calmants sous quelque forme qu'on les administre, et à quelque dose qu'on les porte. Les malades acquièrent alors une telle tolérance pour l'opium que nous avons pu, sans déterminer aucun phénomène de narcotisme, donner jusqu'à 1 gramme 50 d'extrait thébaïque.

On lutte contre la métrorrhagie : à l'intérieur, par les astringents (ratanhia, tannin, eau de Rabel, perchlorure de fer, eau et boissons acidulées), par le seigle ergoté, la glace, etc.; à l'extérieur, par les applications froides sur l'abdomen, les injections et les lavements glacés, les injections astringentes de tannin, d'alun, de ratanhia, de perchlorure de fer; l'application directe de ces substances sur l'ulcère cancéreux, s'il est la source de l'hémorrhagie; enfin la cautérisation avec le fer rouge, la potasse caustique de Filhos et le nitrate acide de mercure.

Dans certains cas rares, chez les femmes encore robustes, au début, lorsque la métrorrhagie tient à un état fluxionnel évident de l'utérus, on peut tenter, ainsi que Lisfranc l'a conseillé, de modérer ou d'arrêter la perte sanguine à l'aide d'une petite saignée révulsive de 45 à 60 grammes. Mais, nous le répétons, il ne faut user de ce moyen qu'exceptionnellement et s'il est formellement indiqué.

Contre l'écoulement morbide, on doit employer fréquemment les injections détersives, désinfectantes, pour en détruire la fétidité.

Nous avons l'habitude de prescrire, en injection, 5 à 6 gram. de chlorure de soude ou de chaux dans 1 litre d'eau, et de faire entourer les malades de vases contenant une certaine quantité d'hypochlorite de chaux délayé dans l'eau. Nous employons encore en lotions et en injections les solutions de permanganate de potasse (5 gr. p. 1000), d'acide phénique (5 gr. p. 1000) et d'acide thymique (au millième).

Enfin, on combat les troubles gastriques par les moyens appropriés, les eaux gazeuses, alcalines, la glace, etc.; on excite l'appétit par les cordiaux et les stimulants; on oppose à la constipation des purgatifs légers et de préférence les purgatifs huileux; on soutient les forces par les toniques, les ferrugineux, un régime analeptique, et de bonnes conditions hygiéniques.

CHAPITRE XXII.

GÉNÉRALITÉS SUR LES LÉSIONS MÉCANIQUES DE L'UTÉRUS.

Dans nos considérations anatomiques, nous avons signalé quelle est, d'une manière générale, la position de l'utérus dans le bassin et la direction la plus ordinaire de son axe à l'état normal; mais nous avons dit, en outre, combien étaient grandes et la mobilité de cet organe et la laxité des ligaments qui le suspendent, pour ainsi dire, dans l'excavation pelvienne. Aussi n'y a-t-il point de viscères dont les rapports soient sujets à des variations plus fréquentes et plus diverses. Prédisposé déjà à ces changements de connexion par les particularités anatomiques que nous signalons ici, l'utérus y est encore sollicité par la nature même de ses fonctions. Qui ne sait les modifications de forme, de volume et de situation que la grossesse fait subir à cet organe et le degré de relâchement qu'elle imprime à ses liens? D'où l'on peut conclure que, chez la grande majorité des femmes, l'état normal, physiologique de l'utérus, c'est de n'avoir ni de position fixe, ni de connexions précises, ni d'axe déterminé.

S'ensuit-il que les changements de situation et de direction que nous allons étudier ne constituent pas de véritables lésions? Cette question n'est pas oiseuse. On sait, en effet, combien les médecins sont divisés sur la solution qu'il convient de lui donner, et combien

ce problème a passionné, à différentes époques, les praticiens et les sociétés savantes.

Valeur pathologique des lésions mécaniques de l'utérus. — Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'historique placé en tête de cet ouvrage pour voir à quel point les opinions sont partagées sur ce sujet. Tandis que les uns mettent les déplacements et les déviations au premier rang parmi les affections utérines, et les regardent comme la source la plus fréquente des souffrances qui tourmentent les femmes, les autres, au contraire, ne les considèrent que comme des lésions très-accessoires, presque insignifiantes et à peine dignes de figurer dans un traité de pathologie utérine. Enfin d'autres médecins qui, voulant professer une sorte de doctrine de conciliation ou de juste milieu, excluent du cadre nosologique les lésions mécaniques qui n'apportent aucun trouble dans la santé, et n'envisagent comme maladies proprement dites que les déplacements ou les déviations déterminant quelque dérangement fonctionnel, soit dans l'utérus, soit dans des organes plus ou moins éloignés.

Pour nous, nous croyons qu'il est rationnel et conforme aux principes d'une bonne nosologie de considérer comme des affections morbides toutes les lésions mécaniques de la matrice, quels que soient leur forme et leur degré, qu'elles donnent lieu ou non à des phénomènes morbides. En effet, qu'elle se révéle par quelque trouble fonctionnel ou qu'elle demeure latente, la lésion mécanique n'en existe pas moins avec tous ses caractères matériels, anatomiques, et nous pouvons dire que, dans ce dernier cas, elle n'attend qu'une cause déterminante, qu'une occasion favorable pour manifester sa présence. Nous n'hésitons donc pas à nous ranger à l'opinion de ceux qui admettent que tous les déplacements et toutes les déviations de la matrice sont ou des maladies ou des infirmités, dignes de figurer dans le cadre des affections utérines; seulement, nous cessons d'être d'accord avec ces derniers auteurs, quand il s'agit d'apprécier la valeur pathologique et le degré d'importance des lésions mécaniques de l'utérus.

En effet, nous ne sommes ni de l'avis de ceux qui disent : Les déviations de la matrice constituent toute la pathologie de la femme; ni de ceux qui déclarent que les déviations ne sont rien, ou à peine quelque chose.

Entrons à cet égard dans quelques développements.

Ce n'est pas là une question qu'on puisse décider à priori et qu'on doive chercher à résoudre par le raisonnement ou par des démonstrations théoriques. L'observation clinique peut seule en donner une solution satisfaisante. Il est vrai que les auteurs, trop exclusifs ou trop absolus, dont nous venons de parler, appuient leur doctrine sur l'expérience de tous les jours ; mais n'est-ce point ici le cas de rappeler ce mot d'Hippocrate : *Experientia fallax !* Pourquoi l'expérience les a-t-elle abusés ? Parce qu'ils ont sans doute mal interprété ses enseignements. Il ne suffit pas de voir ; il faut surtout bien voir, bien observer, et ne tirer de ce que l'on a vu que des conclusions parfaitement légitimes.

Or, que nous apprend l'expérience à propos des lésions mécaniques de la matrice ? Ainsi que nous l'avons déjà dit, elle nous fait connaître deux choses tout d'abord : c'est qu'il y a des déviations utérines qui n'occasionnent aucune souffrance, tandis que d'autres s'accompagnent de douleurs et de troubles fonctionnels.

Mais, pour être entièrement indolentes et n'apporter aucun désordre sensible dans la santé, ces lésions peuvent n'en être pas moins un obstacle sérieux à l'accomplissement régulier des fonctions utérines. On comprend qu'un déplacement, une déviation ou une flexion, quand elles sont excessives, amènent facilement un trouble dans la menstruation, une gêne aux rapports sexuels, une impossibilité dans la fécondation, enfin de grandes difficultés dans l'évolution embryonnaire, dans le développement de la grossesse et dans l'accomplissement du travail de la parturition. Ces troubles, ces difficultés, ces obstacles, trouvent une explication très-simple dans l'obstruction plus ou moins complète de l'orifice ou du conduit utérin, suivant le sens et le degré du changement de direction ou de situation. Il est donc tout à fait hors de doute que ces lésions peuvent devenir et deviennent quelquefois une cause de dysménorrhée, d'aménorrhée, de stérilité, de fausses couches ou d'accouchements laborieux.

Aussi est-il à propos, en présence de tels accidents, de s'assurer, par un examen direct, de la situation et de la direction de la matrice.

Il y a, avons-nous dit, des déviations, des déplacements et des flexions qui provoquent non-seulement des troubles dans les fonctions locales, mais encore des désordres sympathiques ou éloignés. Voici, dans ce cas, quels sont les symptômes communs aux diverses

lésions mécaniques de la matrice : — douleurs tantôt gravatives, tantôt expulsives dans la région utérine et dans le périnée ; d'autres fois, douleurs vives, lancinantes, s'irradiant dans les lombes, dans les reins, dans la région sacrée, dans les membres inférieurs, déterminant même des retentissements jusque dans les nerfs intercostaux, les nerfs des membres supérieurs ou ceux de la face : troubles variés dans la miction et dans la défécation, désordres digestifs, dyspepsie, anorexie; phénomènes gastralgiques, nausées et même vomissements parfois.

Il est clair qu'en attribuant exclusivement aux déviations utérines de pareils accidents, beaucoup de médecins devaient diriger contre elles tous les efforts de la thérapeutique. Mais, ainsi que nous l'établirons plus loin, dans la grande majorité des cas, les lésions mécaniques de l'utérus ne produisent pas tous les troubles fonctionnels qu'on leur impute. Le plus souvent, avec le déplacement ou la déviation coexiste une autre lésion plus importante qui passe inaperçue, et qui est la source et le point de départ de tous les phénomènes pathologiques. Aussi, lorsque dans ces circonstances on combat en premier lieu la lésion mécanique, non-seulement on ne guérit pas les malades, mais encore on risque de prolonger leurs souffrances, d'aggraver leur état, et même de déterminer dans les organes lésés les accidents les plus redoutables.

Voilà donc un premier fait établi, c'est que très-souvent le déplacement ou la déviation coexiste avec une altération vitale de l'utérus ou de ses annexes, le plus habituellement avec une métrite interne ou avec une phlegmasie péri-utérine.

Quelle est l'influence réciproque de ces deux dernières affections et des lésions mécaniques de la matrice? Nous venons de dire que, suivant nous, les désordres observés en pareil cas sont presque toujours le résultat d'une phlegmasie chronique utérine ou péri-utérine. Loin s'en faut cependant que nous considérions la lésion mécanique concomitante comme entièrement inoffensive. Nous sommes convaincus, au contraire, qu'en augmentant l'embarras de la circulation, en opposant un obstacle à l'écoulement des produits de sécrétion et en exerçant des pressions ou des tiraillements sur des tissus enflammés, elle augmente les phénomènes phlegmasiques, rend les douleurs plus vives et l'affection plus rebelle. Dans ce cas, la lésion mécanique, nous le répétons, n'est donc pas indifférente à

nos yeux; mais c'est un phénomène secondaire, une circonstance aggravante, si l'on veut, une complication dont il faut tenir compte.

Il n'en est pas de même lorsque la métrite ou la phlegmasie péri-utérine a disparu. Cette fois, si les douleurs persistent, on peut présumer qu'elles sont entretenues par la lésion mécanique de l'organe. Les tissus qui viennent d'être enflammés conservent, longtemps encore après la résolution de la phlegmasie, un excès de sensibilité que la moindre cause suffit pour exalter. Il est aisé de concevoir de quelle manière doivent agir les déplacements, les déviations et les flexions dans cette circonstance. Aussi dirons-nous bientôt qu'il est souvent opportun, pour compléter en quelque sorte le traitement de la métrite interne et des phlegmasies péri-utérines, de soutenir l'utérus, de l'empêcher de ballotter dans l'excavation pelvienne, de tirailler ses ligaments ou de presser sur les tissus qui l'entourent.

On voit qu'il y a loin de ces idées à l'opinion qui considère les lésions mécaniques comme dominant, pour ainsi dire, toute la pathologie utérine, et qui, leur subordonnant les autres altérations, regarde la métrite interne ou les phlegmasies péri-utérines comme le produit, le résultat de quelque vice de situation ou de direction de la matrice.

On prévoit combien doivent être opposées les conséquences pratiques de deux doctrines si différentes.

En effet, tandis que, pour certains gynécologistes, redresser l'utérus constitue presque toute la thérapeutique des affections utérines, pour nous le traitement varie suivant des indications déterminées et précises, que nous exposerons un peu plus loin.

CLASSIFICATION. — Les lésions mécaniques de la matrice peuvent être divisées en deux grandes classes : les lésions de *situation* ou *déplacements*, et les lésions de *direction* ou *déviations*.

I. — Les **déplacements** consistent dans la translation, en masse, de l'utérus, soit en haut ou en bas, soit en avant ou en arrière, soit sur les côtés.

Les déplacements en haut ont reçu les noms particuliers d'*élévation* ou d'*ascension*.

Les déplacements en bas sont désignés par les mots *prolapsus, chute, procidence, abaissement, précipitation.*

Les autres genres de déplacement n'ont pas reçu de dénomination spéciale.

II. — Les **déviations** consistent dans un changement de direction de l'utérus, soit par rapport à l'axe du bassin, soit par rapport à son axe propre.

De là deux genres de déviations :

1° Les *versions* ou *inclinaisons*, dans lesquelles la matrice a subi un mouvement de bascule qui porte le corps utérin, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés, et le col en sens inverse ; d'où résultent les trois variétés suivantes :

a. — *Antéversion* (inclinaison en avant).

b. — *Rétroversion* (inclinaison en arrière).

c. — *Latéroversion* (inclinaison sur les côtés).

2° Les *flexions, incurvations* ou *courbures*, caractérisées par un changement dans la direction de l'axe même de l'utérus, de sorte que le col et le corps sont pliés l'un sur l'autre et forment un angle plus ou moins ouvert, tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur les côtés ; d'où les distinctions suivantes :

a. — *Antéflexion* (courbure en avant).

b. — *Rétroflexion* (courbure en arrière).

c. — *Latéroflexion* (courbure sur les côtés).

On comprend de combien de manières différentes et à combien de degrés divers ces modifications peuvent s'opérer. Nous reviendrons sur ces particularités en traitant de chacune d'elles.

Il est assez rare que ces lésions demeurent isolées, et qu'on n'en observe qu'une seule à la fois. Le plus souvent elles sont réunies, combinées, de façon à former des changements de situation et de direction très-complexes, qui ont reçu des noms composés, exprimant, autant que possible, le sens et l'association de ces diverses altérations.

C'est ainsi qu'il y a des *rétro-antéversions*, des *rétro-antéflexions*, des *anté-* ou *rétro-latéroflexions*, des *rétro-* ou *anté-latéroversions*, etc. ; puis des flexions unies à des versions, des versions à des ascensions ou à des déplacements, etc.

Ces variétés de situation et de direction, que l'on trouve combinées de diverses manières dans la pratique, la théorie les isole, les décrit séparément, pour en rendre l'étude plus facile et la description plus claire.

Il résulte de ce qui vient d'être exposé que l'on peut encore distinguer les lésions de direction et de situation de la matrice en : 1° *simples ;* 2° *composées*. Les dernières sont, nous le répétons, beaucoup plus fréquentes que les autres.

Voici un tableau synoptique qui permet d'embrasser d'un coup d'œil toutes les lésions mécaniques de la matrice.

A. Lésions mécaniques simples.

Lésions de situation ou déplacements.

- Suivant l'axe vertical.
  - en haut. — *Ascension.*
  - en bas. — *Prolapsus.*
- Suivant l'axe transversal
  - en avant.
  - en arrière.
  - sur les côtés

  → Pas de noms particuliers.

Lésions de direction ou déviations.

- Suivant l'axe du bassin — **Versions.**
  - En avant..... — *Antéversion.*
  - En arrière..... — *Rétroversion.*
  - Sur les côtés....
    - à droite. → *Latéroversion* droite.
    - à gauche. → *Latéroversion* gauche.
- Suivant l'axe de l'utérus — **Flexions.**
  - En avant..... — *Antéflexion.*
  - En arrière..... — *Rétroflexion.*
  - Sur les côtés....
    - à droite. → *Latéroflexion* droite.
    - à gauche. → *Latéroflexion* gauche.

B. Lésions mécaniques composées ou complexes.

Combinaisons des déplacements avec :

1. Les versions.
2. Les flexions.

→ Pas de noms particuliers.

Combinaisons des versions avec les flexions, et vice versâ.

1° De l'antéversion avec :
- *a.* L'antéflexion.. — Pas de nom particulier : on donne celui de la lésion qui domine.
- *b.* La rétroflexion. — *Ante-rétroflexion.*
- *c.* La lateroflexion. — *Anté-latéroflexion.*

2° De la rétroversion avec :
- *a.* L'antéflexion.. — *Rétro-antéflexion.*
- *b.* La rétroflexion. — Pas de nom particulier.
- *c.* La latéroflexion. — *Rétro-latéroflexion.*

3° De la latéroversion avec :
- *a.* L'antéflexion.. — *Latéro-antéflexion.*
- *b.* La rétroflexion. — *Latéro-rétroflexion.*
- *c.* La latéroflexion. — Pas de nom particulier.

Combinaisons des versions entre elles :	1°	De l'antéversion avec la latéroversion.....	*Anté-latéroversion.*
	2°	De la rétroversion avec la latéroversion.....	*Rétro-latéroversion.*
Combinaisons des flexions entre elles.	1°	De l'antéflexion du corps avec la rétroflexion du col.....	Pas de noms particuliers.
	2°	De la rétroflexion du corps avec l'antéflexion du col.....	

Les dénominations qui figurent dans le second tableau, et que nous avons employées les premiers, ont été l'objet de vives critiques ; on a surtout reproché à notre terminologie la juxtaposition de deux adverbes contradictoires, dans les mots *anté-rétroflexion* et *rétro-antéflexion*, par exemple. Il est facile de justifier ces désignations et de montrer qu'elles ne sont contradictoires qu'en apparence. Qu'il nous suffise de dire que nous sommes convenus d'appliquer toujours le premier adverbe à la version et le second à la flexion. Dès lors rien de plus clair et de plus simple que cette nomenclature.

L'histoire de toutes ces variétés de déplacements et de déviations présente un certain nombre de points de contact, d'éléments communs que nous étudierons dans un même chapitre avant d'aborder la description particulière de chaque lésion. Par ce moyen, nous éviterons bien des redites fastidieuses, et nous ferons mieux saisir en même temps les rapports pathogéniques qui rapprochent et qui lient quelquefois intimement la plupart de ces altérations mécaniques. C'est à ce point de vue que nous étudierons, dans ce chapitre, ce qui est relatif à la fréquence, à l'étiologie, aux complications et au traitement des changements de situation et de direction de la matrice.

Fréquence. — Les lésions mécaniques de l'utérus sont tellement communes qu'on peut dire, sans exagération, qu'il est bien peu de femmes, quel que soit leur âge, qui n'en soient pas atteintes.

Mais toutes les variétés de lésions mécaniques ne se rencontrent pas avec une égale fréquence. Sur 339 observations, nous avons noté :

Antéversion	135
Rétroversion	67
Antéflexion	33
Rétroflexion	14

Latéroflexion	1
Rétro-antéflexion	10
Prolapsus (1)	2
Rétro-latéroflexion	1
Rétro-latéroversion	2
Anté-rétroflexion	2
Latéroversion	1
Latéro-antéflexion	4
Anté-latéroflexion	2
Non indiquées	65
	339

ÉTIOLOGIE ET MÉCANISME. — Nous avons dit précédemment combien le mode de suspension de l'utérus dans le bassin expose cet organe à des modifications nombreuses et variées dans sa situation et dans sa direction. En effet, tout ce qui est de nature à augmenter le poids de la matrice, à exercer sur elle une pression ou une traction, à relâcher ses ligaments où à les raccourcir, peut devenir la cause directe ou indirecte d'un déplacement ou d'une déviation.

L'ensemble de ces causes peut se diviser en trois ordres : 1° causes *anatomiques ;* 2° causes *traumatiques ;* 3° causes *physiologiques.*

I. **Causes anatomiques.** — Ces causes se lient à des lésions situées tantôt dans la matrice même, tantôt hors de cet organe et dans son voisinage. Nous nommerons les premières, *causes intrinsèques ;* les secondes, *causes extrinsèques.*

Les causes intrinsèques peuvent se subdiviser elles-mêmes en : 1° celles qui siégent dans le tissu de l'organe ; 2° celles qui se développent dans sa cavité.

1° *Des causes intrinsèques qui siégent dans le tissu même de la matrice.* — Lisfranc, comme nous l'avons déjà dit plus d'une fois, avait admis une explication séduisante pour rendre compte des différents vices de situation et de direction de l'utérus. Suivant ce praticien distingué, ces lésions étaient dues, dans l'immense majorité des cas, à un engorgement primitif de l'organe.

(1) Le chiffre du prolapsus ne doit pas être considéré comme rigoureux. Dans beaucoup de cas il n'a pas été noté, en raison de l'importance plus grande de la lésion mécanique concomitante.

« Quand l'utérus est engorgé dans toute sa circonférence, disait-il, il s'abaisse parallèlement à l'axe du bassin ; son augmentation de volume existe-t-elle en avant, il y a antéversion ; on observe le contraire lorsque cette augmentation siége sur la partie postérieure de l'organe; enfin, quand l'induration se rencontre sur l'un de ses côtés. c'est vers lui qu'il s'incline, etc. » (*Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. III, p. 410.)

Dans l'article consacré à la métrite parenchymateuse (p. 248), nous avons formulé nettement notre opinion touchant les engorgements de la matrice, et nous nous sommes efforcés de démontrer que, si l'organe est susceptible de présenter une hypertrophie générale, il n'offre jamais un engorgement isolé de quelqu'une de ses parois. En traitant du phlegmon péri-utérin, nous essayerons d'expliquer l'erreur de Lisfranc, qui certainement devait prendre souvent cette dernière lésion pour des hypertrophies partielles de l'utérus. Il en résulte que nous ne saurions partager dans son ensemble la théorie des lésions mécaniques qui vient d'être énoncée. Nous rejetons les engorgements partiels, nous devons rejeter aussi leur prétendue influence sur les déviations utérines. Mais nous avons admis l'engorgement général, soit du corps, soit du col de la matrice, soit de ces deux parties simultanément, nous admettons aussi, par conséquent, la part d'action qui leur est propre dans l'étiologie des maladies qui nous occupent.

Ainsi, nous reconnaissons qu'une hypertrophie de la matrice, en augmentant le poids de l'organe et la densité de son tissu, peut, dans certains cas, produire ou son abaissement ou son inclinaison, suivant l'action d'autres causes accessoires ou adjuvantes qui s'ajoutent à la première pour déterminer le sens du déplacement.

Une lésion tout opposée à l'engorgement peut aussi donner lieu à une déviation utérine, c'est l'atrophie ou le ramollissement des parois de l'organe. Il est aisé de comprendre de quelle manière cette altération, surtout quand elle occupe la portion rétrécie de la matrice, c'est-à-dire l'union du col avec le corps, mène un changement de direction dans l'axe utérin. L'organe doit fléchir, doit s'affaisser dans les points où le tissu a perdu sa consistance et sa rigidité normales; quant au sens de la flexion, il est déterminé par le côté où existent le plus haut degré de ramollissement et la plus faible résistance des tissus.

Les tumeurs développées dans l'épaisseur des parois utérines,

tumeurs cancéreuses, corps fibreux, par exemple, en entraînant la matrice de leur côté, la font ployer ou basculer, s'élever ou s'abaisser, de manière à produire des inclinaisons ou des flexions. C'est donc aux tumeurs interstitielles qu'on pourrait appliquer avec raison ce que Lisfranc disait des engorgements partiels.

2° *Des causes intrinsèques qui ont leur siége dans la cavité même de la matrice.* — Il s'agit ici de toutes les tumeurs, solides, liquides ou mixtes, qui se développent physiologiquement ou anormalement dans l'intérieur de l'organe : hydrométrie, collections sanguines, hydatides, môles, polypes, — grossesse.

Nous ne parlerons avec détail que de la grossesse, parce que c'est une des causes les plus actives, les plus fréquentes, des déplacements et des déviations, et parce que tout ce que nous en dirons est applicable aux autres variétés de tumeurs intra-utérines.

La grossesse est plutôt une cause prédisposante qu'une cause déterminante de déviation ou de déplacement de l'utérus. La gestation étant une fonction essentielle et, pour ainsi dire, nécessaire chez la femme, les choses ont dû être disposées par la nature de manière à prévenir les accidents qui auraient pu résulter d'un accroissement si considérable et si prolongé du volume et du poids de la matrice. C'est sans doute pour cette raison que la portion de l'organe où ses insertions sont le plus fixes, celle qui sert, en quelque sorte, de base et de point d'appui au reste de l'utérus, est aussi celle qui conserve le plus longtemps sa consistance et sa fermeté, celle qui se dilate et s'amincit le plus tardivement; nous voulons dire le col, qui, comme chacun le sait, ne participe au mouvement d'expansion de la matrice que vers la fin de la grossesse.

C'est donc beaucoup moins par le volume énorme et le poids considérable qu'elle donne à la matrice, que par la distension et le relâchement qu'elle détermine dans ses moyens de suspension, que la grossesse exerce quelque influence sur les changements de position de l'organe. Aussi ces accidents se produisent-ils, non point dans le cours même de la gestation, mais à la suite des couches. On sait qu'il faut à la matrice environ trois mois après l'accouchement pour revenir à son volume normal et rentrer dans la position qu'elle occupe dans l'état de vacuité. Si, pendant que l'organe est encore augmenté de poids, pendant que les ligaments sont distendus et relâchés, une cause intervient pour faire pencher l'utérus d'un côté

ou de l'autre, il y a lieu de craindre qu'il ne contracte, d'une manière définitive, une direction vicieuse. Ainsi, les femmes qui demeurent constamment dans le décubitus dorsal, à la suite de la parturition, s'exposent à la rétroversion ; celles qui se lèvent trop tôt et qui se livrent prématurément à la marche, à des exercices corporels, sont sujettes au prolapsus.

Il est superflu de dire que les femmes sont d'autant plus sujettes aux lésions mécaniques de l'utérus, qu'elles ont eu un plus grand nombre de grossesses.

3° *Des causes extrinsèques ou qui ont leur siége en dehors et dans le voisinage de la matrice.*

Toutes les tumeurs développées dans le bassin et qui, d'une manière directe ou médiate, peuvent agir mécaniquement sur l'utérus, le pousser dans un sens ou dans un autre, le comprimer en totalité ou en partie, deviendront autant d'agents de déviation ou de déplacement ; tels sont : les engorgements péri-utérins, les hématocèles péri-utérines, les kystes séreux rétro-utérins, les abcès, les tumeurs ovariques, les grossesses extra-utérines; les tumeurs cancéreuses ou autres, développées dans la vessie ou dans la paroi antérieure du rectum.

La rétention d'urine et la constipation opiniâtre, ou bien l'habitude de satisfaire rarement à la miction et à la défécation, peuvent, par la distension excessive et prolongée du rectum ou de la vessie, déterminer des déviations ou des déplacements de la matrice, soit en avant, soit en arrière.

Nous avons déjà vu que le relâchement des insertions utérines par la grossesse est une cause assez fréquente de lésion mécanique de la matrice ; nous ajouterons qu'il en est de même de la laxité du conduit vaginal, dont la partie supérieure embrassant, comme on le sait, le col de l'utérus, constitue le lien le plus solide et le plus fixe de l'organe.

La rétraction des ligaments utérins, leur raccourcissement, sous l'influence de diverses causes, peuvent aussi dévier la matrice en l'attirant du côté où s'opère le travail morbide.

Les adhérences, les brides péritonéales résultant de quelque péritonite partielle et siégeant en quelque point de la séreuse qui recouvre la matrice, agiront de la même manière.

II. **Causes traumatiques.** — Les déplacements et les déviations sont parfois le résultat de causes traumatiques diverses. Parmi ces causes, les unes sont *indirectes* ou *médiates;* elles agissent, pour ainsi dire, par contre-coup et par suite d'un ébranlement communiqué d'une partie primitivement atteinte à la matrice : tels sont la constriction de l'abdomen par un corset ou des vêtements trop serrés, les coups violents sur la région du bas-ventre, les chutes sur le siége, les efforts de toute espèce, et particulièrement les courses forcées, les excès d'équitation, le saut, les efforts de toux et de défécation, etc. Dans quelques cas de ce genre, on a vu l'utérus se déplacer ou s'infléchir brusquement, se luxer, pour ainsi dire, en déterminant une sensation de déchirure ou de craquement, que les malades ne manquent pas d'accuser.

D'autres causes traumatiques agissent *directement*, et sans intermédiaire, sur l'utérus : tels sont les abus de coït, le choc et le refoulement souvent répété du col de la matrice, dans le cas de disproportion des organes sexuels. Mais c'est surtout à cet ordre de causes qu'appartiennent les tractions violentes exercées sur le fœtus pendant un accouchement pénible, ou les opérations chirurgicales qu'il a réclamées. C'est principalement sur les parois vaginales, en les tiraillant, en les contondant, que ces manœuvres exercent l'influence la plus funeste.

Ce que nous disons des manœuvres obstétricales, nous le dirons de même de toute autre opération pratiquée sur l'utérus, dans le but d'en extraire un corps étranger, d'en extirper une tumeur fibreuse, un polype, etc.

Les professions qui exposent le plus aux fatigues matérielles et aux efforts dont il a été question à propos des causes traumatiques indirectes, sont envisagées à juste titre comme propres à exercer une influence sur la production des déplacements ou des déviations de l'utérus. Les femmes qui se livrent aux rudes travaux des champs, celles qui soulèvent de pesants fardeaux, celles qui courent ou qui marchent beaucoup, celles qui font des efforts musculaires fréquents ou qui voyagent souvent sur des charrettes mal suspendues et dans des chemins raboteux et couverts de fondrières, toutes ces femmes, disons-nous, doivent être plus exposées que les autres aux lésions mécaniques de l'utérus.

Ceci nous conduit à parler de l'influence des habitudes et du genre de vie : ce n'est qu'une conséquence, qu'un corollaire de ce qui

précède. Il est clair que, tout en admettant que les professions pénibles et les fatigues matérielles exposent aux déplacements et aux déviations, nous reconnaissons aussi que les femmes à profession paisible et à coutumes sédentaires sont assujetties à ces infirmités, pour d'autres raisons, et en particulier, la constipation habituelle, l'atonie des tissus, etc.

Nous manquons des éléments nécessaires pour résoudre cette question d'une manière péremptoire. Il faudrait des statistiques nombreuses, dans lesquelles on eût relevé soigneusement les habitudes et le genre de vie des malades; cette statistique fait encore défaut dans la science.

Cependant, en y réfléchissant bien, à quoi serviraient ces statistiques? Pourrait-on en tirer des conclusions légitimes pour ou contre l'influence des professions et du genre de vie? Nous ne le pensons pas. En effet, un très-grand nombre de femmes, le plus grand nombre peut-être, ont des lésions mécaniques de l'utérus et n'en souffrent point; elles ne vont jamais consulter un médecin pour une affection qu'elles ne soupçonnent même pas. Celles qui nous consultent viennent le plus souvent à nous, amenées par des douleurs qui ont leur origine, leur source dans une autre lésion que la déviation ou le déplacement utérin. Les premières échappant à la statistique, on n'opérerait donc que sur des éléments de calcul tout à fait insuffisants et défectueux.

III. **Causes physiologiques.** — La science possède-t-elle des données plus certaines pour décider de l'influence des tempéraments et de la constitution? Assurément non. Tout ce qu'on a dit à ce sujet est plus ou moins vraisemblable. Bien que les déplacements et les déviations soient des lésions mécaniques, des lésions, en quelque sorte, chirurgicales, on ne saurait nier que les femmes d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, à fibres molles et lâches, n'y soient plus disposées que les autres.

L'âge peut-il être, à bon droit, invoqué comme un élément étiologique? Cela n'est pas douteux. On rencontre les lésions mécaniques de la matrice à toutes les époques de la vie de la femme, et même, si l'on en croit M. Boullard, chez les enfants nouveau-nées et chez le fœtus. Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de cette opinion : nous la regardons comme entachée d'exagération. Pour nous, les déviations et les déplacements de la matrice sont rares et

même tout à fait exceptionnels dans l'enfance, tandis qu'ils deviennent assez fréquents de quinze à quarante-cinq ans, c'est-à-dire pendant cette période de la vie que nous avons appelée menstruelle ou génitale, et où les fonctions utérines s'accomplissent avec la plus grande activité. On voit donc, et l'on devait s'attendre à ce résultat, que les lésions mécaniques, comme les autres affections de l'utérus, et pour les mêmes motifs, suivent cette loi que nous avons implicitement posée dans nos généralités physiologiques, à savoir, que la fréquence des maladies de la matrice est subordonnée au degré d'activité fonctionnelle de cet organe.

Diagnostic. — Nous ne nous étendrons pas beaucoup touchant le diagnostic des lésions mécaniques de l'utérus, en général; car ce sujet sera traité avec les détails convenables à propos de chacune de ces lésions en particulier.

Nous nous contenterons de dire ici quelles sont les différentes particularités que le praticien doit s'attacher à reconnaître pour arriver à un diagnostic complet et susceptible de conduire à poser sûrement les indications d'un traitement rationnel.

En effet, il ne suffit pas d'avoir reconnu le genre de déplacement ou de déviation auquel on a affaire ; il faut encore en bien apprécier le degré, en découvrir, autant que possible, la cause et en déterminer toutes les complications. Ce sont là autant de données capitales, sans lesquelles il est impossible d'asseoir un pronostic légitime ni d'instituer une thérapeutique convenable.

Le diagnostic des lésions mécaniques de l'utérus repose sur deux espèces de signes : des signes que nous pourrions appeler *rationnels* et qui sont constitués par l'ensemble des troubles fonctionnels. Mais, d'après ce que nous avons dit précédemment de ces phénomènes, on comprend le peu de confiance qu'ils doivent inspirer. En effet, les troubles fonctionnels se rattachant, la plupart du temps, aux maladies qui compliquent la déviation ou le déplacement, plutôt qu'à la lésion mécanique elle-même, il est clair qu'ils servent bien plus à la faire soupçonner qu'à la faire reconnaître sûrement.

C'est à d'autres signes, que nous appelons *sensibles*, qu'il faut recourir pour arriver à la certitude. Ces signes sont fournis par les différentes formes de toucher, soit isolées, soit combinées, par l'examen au spéculum et par le cathétérisme utérin.

L'examen au spéculum ne fournit que des renseignements assez

vagues. Seul, il ne saurait être pris pour un moyen suffisant de diagnostic; on n'y aura donc recours qu'à titre de procédé accessoire et complémentaire. Mais, s'il n'est que d'un médiocre secours pour la détermination du sens et du degré de la lésion mécanique, il devient d'une incontestable utilité pour l'étude de certaines complications et particulièrement de la métrite.

Le toucher, sous ses différents modes, et pratiqué suivant les préceptes que nous avons indiqués plus haut, est en quelque sorte le moyen souverain de diagnostic pour les déplacements et les déviations de la matrice. Nous avons dit, dans nos généralités, de quelle manière ou pouvait parvenir à déterminer la situation exacte et la direction précise de l'utérus. Nous ne reviendrons pas là-dessus.

Quant au cathétérisme, nous ne saurions approuver les auteurs qui en conseillent trop facilement l'usage. A différentes reprises déjà nous avons exprimé notre opinion sur l'emploi de ce moyen; nous en avons reconnu tous les avantages, mais nous en avons signalé aussi les inconvénients et les dangers. C'est un excellent procédé, mais dont on ne doit pas abuser ni se servir à la légère; il ne faut donc y recourir que dans les cas exceptionnels, où les moyens précédents d'exploration n'auront pas suffi.

Pronostic. — Le pronostic des lésions mécaniques de l'utérus est subordonné au degré du déplacement ou de la déviation, à la nature de la cause, à l'ancienneté de la lésion, au nombre et à la gravité des complications. Cette proposition est tellement évidente qu'elle nous semble ne pas avoir besoin de développements. Cependant nous dirons encore un mot à propos des complications. Il en a été question plus haut, quand nous avons traité de la valeur pathologique et du degré d'importance des lésions mécaniques. Nous avons dit que, très-souvent, ces lésions ne provoquent ni douleur ni troubles fonctionnels et ne sont même point soupçonnées par les malades. Dans ce cas, elles n'offrent rien de fâcheux, au moins pour le présent; mais le médecinne doit pas oublier que les déplacements et les déviations sont, de leur nature, essentiellement progressifs, et que, par conséquent, à un moment donné la lésion peut, par sa marche croissante, atteindre un degré incompatible avec l'intégrité des fonctions.

D'autres fois, les femmes atteintes de lésion mécanique de la ma-

trice ne souffrent pas; mais elles sont stériles, et leur stérilité ne reconnaît pas d'autre cause que la position vicieuse de l'organe. C'est là un élément sérieux pour le pronostic.

Peut-on toujours corriger suffisamment la déviation, de manière à rendre la fécondation possible? C'est une question à laquelle on ne saurait répondre d'une manière absolue. Il est vrai de dire qu'en général, si la lésion n'est pas très-ancienne ni très-prononcée, si surtout elle n'est pas entretenue par une cause qui la rende irréductible, on peut, à l'aide des moyens que nous indiquerons bientôt, redresser assez la matrice pour faciliter l'imprégnation. Mais, si la lésion date de loin, si elle est portée à un haut degré, enfin si elle est irréductible, il est bien difficile, souvent même impossible, de remédier à la stérilité.

Un point intéressant, dans le pronostic, c'est de savoir quelle est la gravité relative des différentes espèces de lésions mécaniques de l'utérus. Avant de décider cette question, il en est une autre qu'il nous semble à propos de résoudre au préalable, c'est celle de la curabilité des affections dont il s'agit dans ce chapitre.

Les lésions mécaniques de l'utérus sont-elles curables? Velpeau a résumé le pronostic de ces maladies dans cette phrase, souvent citée : « Les déviations de la matrice ne guérissent pas, et n'occasionnent jamais la mort. » La deuxième partie de la proposition n'est contestée par personne; mais la première a été vivement attaquée, dans ces dernières années, par Simpson, Kiwisch, Valleix et ses élèves. C'est à l'application du redresseur utérin, dont nous parlerons tout à l'heure, que ces praticiens ont attribué les cures nombreuses qu'ils ont rapportées. Loin de nous la pensée d'élever le moindre doute sur la bonne foi de ces médecins distingués! Mais nous croyons qu'emportés par un excès d'enthousiasme pour le procédé nouveau, qu'ils préconisaient, ils se sont laissés aller trop facilement sur le terrain glissant des illusions.

Nous n'avons jamais observé, quant à nous, des cas de *guérison radicale* de lésions mécaniques de la matrice, et nous ne sachons pas qu'il en existe des exemples bien avérés dans la science. Ici le raisonnement est parfaitement d'accord avec l'expérience. En effet, pour peu qu'on réfléchisse sur la cause anatomique des déplacements et des déviations, on conviendra qu'il n'est guère possible de les guérir définitivement. Dans toute lésion mécanique, quelle que soit sa cause occasionnelle, il y a, soit un relâchement, soit une rétrac-

par Valleix dans le traitement de cette forme de déviation, qu'il considère comme plus facilement curable que l'antéversion.

THÉRAPEUTIQUE. — Les indications à remplir varient suivant que la lésion mécanique de l'utérus est simple ou compliquée.

Dans les cas compliqués, le traitement est subordonné à la nature de la complication.

Si la complication est une lésion organique (polype, tumeur fibreuse, hématocèle, cancer utérin, kystes de l'ovaire, etc.), qui, non-seulement accompagne la lésion mécanique, mais encore la produit ou l'entretient le plus souvent, on doit, au préalable, s'efforcer de combattre et même chercher à détruire une affection dont la présence est parfois un obstacle au traitement du déplacement ou de la déviation. Si la complication est une lésion incurable, on peut, dans certains cas, essayer de traiter directement la lésion mécanique et d'en atténuer les fâcheux effets.

Mais, assez habituellement, c'est une lésion vitale (métrite chronique, phlegmasie péri-utérine, hystéralgie, etc.) qui complique la lésion mécanique de la matrice. Si, dans ce cas, on a recours d'emblée au traitement mécanique, le plus souvent on aggrave l'état des malades et on leur fait courir les plus sérieux dangers. Il faut donc traiter d'abord l'altération vitale, qui est, en réalité, la maladie la plus importante, et ne recourir aux procédés mécaniques qu'après la guérison de la complication. C'est là un précepte capital, qui doit servir de règle dans le traitement des lésions mécaniques et dont on ne saurait jamais se départir impunément.

Nous pouvons donc formuler, dans les termes suivants, les indications relatives au traitement des lésions mécaniques de la matrice :

1° Quand il existe simultanément une lésion mécanique et une altération vitale de l'utérus ou de ses annexes, il faut commencer par traiter et guérir cette dernière, qui est la maladie principale, essentielle.

2° Lorsque la lésion mécanique existe seule et qu'elle détermine des troubles manifestes dans la santé, il convient de lui appliquer d'emblée un traitement approprié au genre et au degré du déplacement ou de la déviation : c'est ainsi qu'on peut remédier avantageusement aux troubles ou à la gêne que ces lésions apportent dans l'accomplissement des fonctions utérines.

3° On doit s'occuper encore du traitement direct des lésions

mécaniques, quand elles survivent aux altérations vitales et qu'elles entretiennent les douleurs et les phénomènes morbides divers, dont la phlegmasie de la matrice ou de ses annexes a été le point de départ.

Le traitement des lésions mécaniques de la matrice, envisagées isolément c'est-à-dire dégagées de toute affection concomitante, peut être divisé en :

1° Traitement médical;

2° Traitement chirurgical.

A. Traitement médical. — Quelques praticiens, frappés de l'insuffisance des moyens mécaniques, et ne voyant qu'un palliatif dans l'emploi de ces moyens, ont songé à attaquer par des remèdes spéciaux l'altération des tissus à laquelle ils attribuent le déplacement ou la déviation utérine. Suivant la nature présumée de cette altération, — relâchement ou atonie, engorgement ou rétraction, — ils ont recours aux astringents et aux toniques, aux fondants et aux résolutifs.

Ces médications ont été employées, tantôt à l'intérieur, comme agents généraux; tantôt directement sur les parties malades, comme agents topiques.

De là deux ordres de moyens dans le traitement médical : des moyens généraux et des moyens locaux.

a. Traitement général. — Les moyens généraux ou internes, essayés jusqu'à ce jour, sont : l'iodure de potassium et le proto-iodure de mercure, préconisés par Bell; les préparations ferrugineuses, l'acide tannique et le seigle ergoté, mis en usage par Kiwisch.

Nous ne comprenons point quel peut être le genre d'action du proto-iodure de mercure dans les cas de lésions mécaniques de l'utérus. C'est un moyen purement empirique qui n'a jamais produit de guérison, qui ne mérite aucune confiance et que son auteur, après l'avoir seul employé sans doute, a fini par abandonner lui-même.

Le seigle ergoté, par son action spéciale sur le tissu contractile de l'utérus, a pu faire concevoir quelques espérances, que l'expérience n'a point confirmées; on y a renoncé également.

L'usage de l'iodure de potassium, dans les cas où il serait démontré que la déviation est entretenue par un engorgement utérin ou péri-utérin, l'administration des préparations astringentes ou

martiales, dans les cas où la lésion mécanique tiendrait à un vice lymphatique de la constitution, à une atonie des tissus, seraient suffisamment justifiés pour mériter d'être essayés. Mais, en général, on ne doit pas en attendre des résultats bien satisfaisants. Nous les considérons plutôt comme des moyens adjuvants que comme des moyens vraiment curatifs. Ce serait s'exposer à d'étranges déceptions que d'en espérer davantage.

b. Traitement local. — Les topiques divers, conseillés ou employés contre les lésions mécaniques de l'utérus, sont : les douches froides dirigées sur l'hypogastre ou sur le col de la matrice; les préparations astringentes et toniques, le tannin, l'acétate de plomb, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, la cautérisation intra-utérine avec le crayon d'azotate d'argent, etc.

Les douches froides, convenablement et méthodiquement administrées, peuvent améliorer l'état des femmes atteintes de lésions mécaniques de la matrice, surtout dans les cas où ces lésions reconnaissent pour cause le défaut de ton, l'excessive laxité des tissus. C'est alors seulement qu'on peut y avoir recours avec quelque chance de succès; mais, à notre avis, on doit formellement s'en abstenir, quoi qu'en aient dit certains auteurs, dans les cas où la lésion mécanique est causée ou entretenue par un engorgement inflammatoire des tissus. Nous avons déjà dit combien l'emploi des douches peut devenir funeste dans ces circonstances, et nous rapporterons des observations qui sont de nature à en démontrer tout le danger.

Kiwisch a eu la malheureuse idée d'injecter dans l'utérus dévié ou infléchi une solution de perchlorure de fer. Les accidents qui ont suivi ses premières tentatives ne l'ont pas encouragé à persévérer dans l'emploi de ce moyen.

Nous ne sommes guère disposés à attribuer une grande efficacité aux autres solutions astringentes préconisées dans le même but. La cautérisation avec le nitrate d'argent peut être utile dans les cas où la lésion mécanique s'accompagne de métrite interne; mais alors c'est contre cette dernière affection qu'agit efficacement le caustique, et non contre la déviation.

En résumé, le traitement médical, sous quelque forme qu'on l'emploie, à l'intérieur ou à l'extérieur, nous paraît insuffisant pour guérir une lésion mécanique quelconque de la matrice. Il peut contribuer, dans certains cas, à soulager les malades, à améliorer leur état; mais nous ne pensons pas qu'il puisse rendre d'autres services.

B. Traitement chirurgical et mécanique. — Ainsi que nous le dirons plus bas, nous ne croyons pas davantage à l'entière efficacité du traitement chirurgical. Néanmoins, nous ferons remarquer, dès l'abord, qu'il est assez rationnel d'opposer à une lésion mécanique un ensemble d'agents mécaniques aussi. Mais dans quelle mesure peut-on y recourir? C'est encore une question que nous nous réservons de traiter quand nous aurons fait connaître les procédés généralement usités.

Le traitement chirurgical comprend deux ordres de moyens propres à satisfaire aux deux grandes indications réclamées par toute lésion mécanique de l'utérus. En effet, étant donné un changement dans la direction ou dans la situation de la matrice, on doit : 1° réduire la lésion, c'est-à-dire replacer l'organe dans sa position normale; 2° maintenir l'organe réduit, c'est-à-dire l'empêcher de reprendre sa position vicieuse.

1. **Réduction.** — Le mode de réduction varie avec la nature et le sens de la lésion mécanique de l'utérus; nous aurons donc occasion de revenir sur ces diverses manœuvres à propos de chaque déplacement ou de chaque déviation en particulier.

Cependant nous pouvons indiquer, dès maintenant, les deux grandes méthodes de réduction, avec leurs différents procédés.

1° La première méthode comprend l'ensemble des moyens qui agissent sur l'extérieur de l'utérus.

Cette méthode comporte trois procédés :

a. Le premier procédé consiste à réduire directement la matrice avec les doigts introduits dans le vagin.

b. Dans le deuxième, on refoule l'utérus, d'une manière médiate, soit en arrière, par la paroi hypogastrique, soit en avant, par le rectum.

c. Le troisième procédé, que nous appellerons *mixte*, réunit les deux précédents : on réduit la matrice en la refoulant simultanément par le vagin et le rectum, par l'hypogastre et le vagin, par le rectum et l'hypogastre.

2° La seconde méthode consiste à réduire la matrice à l'aide d'instruments introduits dans la cavité même de l'organe.

On se sert habituellement, pour pratiquer ce genre d'opération, de la sonde utérine de Simpson ou de l'hystéromètre de M. Huguier.

La manœuvre diffère, suivant la variété de déplacement ou de déviation à laquelle on a affaire.

II. **Contention.** — Les moyens contentifs, dont le but est de maintenir l'utérus réduit, sont fort nombreux; on peut les diviser en deux classes, comprenant :

1° Des moyens que nous appellerons *physiologiques;* — 2° des moyens *mécaniques* proprement dits.

Moyens physiologiques. — Le plus important de ces moyens est la *position.* Elle consiste à placer les malades dans l'attitude qui convient le mieux pour empêcher la matrice de se porter dans le sens de son déplacement. Cette position doit toujours être opposée à la direction vicieuse de l'utérus, de manière à lutter, par l'action de la pesanteur, contre la tendance morbide de l'organe. Dans un certain nombre de cas, une bonne position contribue ou même suffit à atténuer les souffrances ou à les faire disparaître.

Nous ne ferons que citer pour mémoire le conseil donné par M. Piorry de laisser séjourner le plus longtemps possible l'urine et les matières fécales dans leurs réservoirs naturels, afin de refouler la matrice par la distension de la vessie et du rectum, entre lesquels elle se trouve placée.

Moyens mécaniques. — Les moyens mécaniques proprement dits peuvent être divisés en cinq classes :

a. Les uns s'appliquent hors des organes de la génération, et sur quelque point des parois pelvienne ou abdominale. Nous les appellerons *moyens externes :* telles sont la ceinture abdominale, la ceinture hypogastrique et la pelote périnéale.

b. Les autres s'introduisent dans le vagin et pressent ou soutiennent l'utérus en masse, en agissant sur le col de l'organe. Nous les nommons *intra-vaginaux :* ce sont les diverses variétés de pessaires et d'hystérophores.

c. D'autres sont portés dans la cavité même de la matrice, et ont surtout pour but de la redresser, de lui rendre son axe normal; on les désigne sous la dénomination d'instruments *intra-utérins:* tels sont les redresseurs de Kiwisch, de Mayer, de Simpson, de Detschy et de Valleix.

d. Il en est qu'on introduit dans le rectum, et qui agissent sur la matrice d'une manière indirecte; nous les appellerons *intra-rectaux:* telles sont les mèches de charpie, proposées par M. Huguier, et les vessies élastiques remplies d'air, employées par Favrot.

e. Une dernière classe de moyens consiste dans la pratique de certaines *opérations sanglantes* sur la muqueuse vaginale ou utérine,

dans le but d'obtenir la *cure radicale* des lésions mécaniques de la matrice : c'est ainsi que Robertson a proposé de raccourcir la muqueuse du côté opposé à l'inclinaison; qu'Amussat a conseillé d'établir des adhérences entre une des lèvres du col utérin et le vagin, soit par l'excision, soit par la cautérisation de la muqueuse utéro-vaginale avec la potasse caustique; et qu'enfin M. Desgranges a proposé de détruire partiellement la muqueuse au moyen des cautérisations multiples.

DE QUELQUES MOYENS CONTENTIFS EN PARTICULIER. — Nous signalerons, d'une manière spéciale, ceux des instruments ou des appareils qui sont le plus généralement employés pour soutenir l'utérus ou pour maintenir réduite une lésion mécanique de cet organe.

Ces appareils sont si nombreux, si divers et d'un emploi si fréquent, qu'il nous a paru nécessaire, après en avoir présenté la nomenclature et la classification, d'en donner la description et la figure, et d'en indiquer le mode d'action.

A. **Moyens mécaniques externes.** — Ce sont ceux qui s'appliquent extérieurement, ou hors des organes de la génération, et qui comprennent : 1° les *ceintures abdominales*; 2° les *ceintures* et les *pelotes hypogastriques*; 3° les *pelotes* ou *coussins périnéaux*.

1° Les *ceintures abdominales* agissent sur la totalité des parois de l'abdomen. Elles ont pour but d'exercer sur le ventre une compression douce et méthodique, de soutenir ou de renforcer ses parois distendues ou relâchées, de refouler légèrement la masse des viscères intestinaux, d'en diminuer le poids, de les immobiliser et d'empêcher leur déplacement et leur collision. Ces ceintures doivent embrasser tout l'abdomen jusqu'au-dessus de l'ombilic (fig. 14).

FIG. 14.

Les ceintures abdominales conviennent aux malades atteintes de tumeurs volumineuses du bassin, telles que kystes de l'ovaire, corps fibreux utérins; elles sont utiles aussi dans les cas d'éventration ou d'écartement de la ligne blanche, et dans ceux où les parois abdominales chargées d'un embonpoint excessif constituent une véritable incommodité.

Lorsqu'on veut refouler plus complétement la masse intestinale,

et protéger plus efficacement l'utérus, on ajoute soit une pelote bourrée de crin, soit un coussin en caoutchouc gonflé d'air, qui se place entre la ceinture et la paroi abdominale immédiatement au-dessus de la symphyse du pubis (fig. 15).

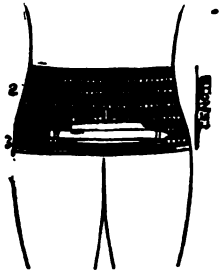

FIG. 15.

2° Les *ceintures hypogastriques* remplissent spécialement cette dernière indication. Leur action ne s'exerce pas sur la totalité de l'abdomen; elle est limitée à l'hypogastre. Ces ceintures sont construites de manière à refouler fortement les intestins en haut et en arrière, à les écarter du petit bassin, à en supporter le poids, à les empêcher de peser sur l'utérus et sur ses annexes. Leur partie principale est une pelote ou coussin d'une consistance ferme, de forme triangulaire ou oblongue, à angles arrondis et mousses, doublé en avant ou sur sa face externe par une plaque métallique, recouvert en arrière et sur sa face interne d'une peau de daim ou de chamois. Aux deux extrémités de cette pelote s'adapte une ceinture à ressort, qui se boucle et prend son point d'appui par derrière, sur le sacrum (fig. 16).

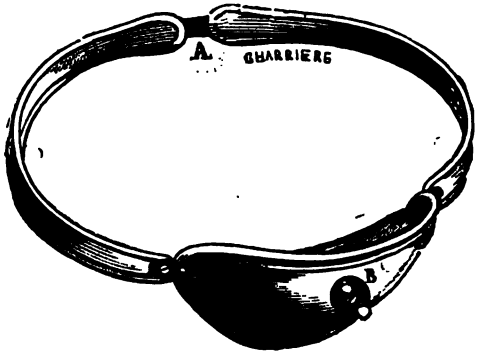

FIG. 16.

La pelote hypogastrique doit être appliquée immédiatement au-dessus du pubis, légèrement inclinée de haut en bas et d'avant en arrière. La plaque de la plupart de ces appareils est munie d'un mécanisme qui permet, au moyen d'une clef, de varier à volonté l'inclinaison de la pelote.

s quelques cas, au lieu d'une pelote unique médiane, il est 'adapter à la ceinture deux pelotes latérales.

recours aux ceintures hypogastriques quelquefois dans les ments de l'utérus, mais surtout dans les déviations, afin de ter le poids des viscères abdominaux, d'immobiliser la matrice aire cesser la distension de ses ligaments.

ques auteurs les ont conseillées encore dans les affections reuses de l'utérus et de ses annexes. Nous ne voulons pas con- eur opportunité dans la métrite et surtout dans la métrite hymateuse. En soutenant et en écartant les intestins, les cein- ypogastriques contribuent, en effet, à apaiser les douleurs, ter la circulation intra-pelvienne et à diminuer l'état conges- s il n'en est pas toujours de même pour les douleurs résultant legmasies péri-utérines. Ici les ceintures hypogastriques réus- moins bien; quelquefois même elles sont manifestement nui- surtout chez les personnes maigres. Le refoulement et la com- n que la pelote exerce sur la paroi de l'hypogastre se ettent jusqu'aux organes malades, augmentent la douleur et tion, et ne tarderaient pas, si on laissait l'appareil en place, à re de véritables recrudescences.

ut donc s'abstenir expressément de l'application des pelotes istriques non-seulement dans les phlegmasies péri-utérines nément douloureuses, mais aussi dans où la pression de la main sur l'hypo- suffit pour provoquer des douleurs.

pelote périnéale a pour but, comme m l'indique, de soutenir le périnée, de nir un point d'appui. Elle le refoule nent de façon à agir d'une manière e ou indirecte sur la paroi vaginale -inférieure et aussi sur la commissure eure de la vulve. Cette pelote est fixée ceinture, au moyen de sous-cuisses).

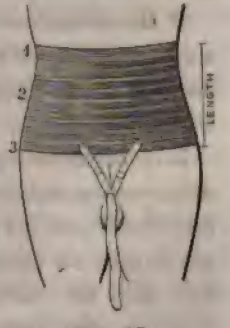

FIG. 17.

ode d'action de la pelote périnéale la rend utile dans le trai- palliatif de l'allongement hypertrophique du col utérin et lui des abaissements de la matrice, surtout lorsqu'ils se com- t, ce qui est le plus ordinaire, d'un relâchement des parois es et du périnée. La pelote périnéale est indiquée encore

t protéger plus efficacement l'utérus, on ajoute soit une pelote
bourrée de crin, soit un coussin en caoutchouc gonflé d'air, qui
se place entre la ceinture et la paroi abdo-
minale immédiatement au-dessus de la sym-
physe du pubis (fig. 15).

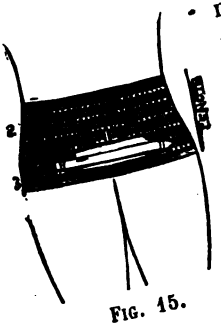

Fig. 15.

2° Les *ceintures hypogastriques* remplissent spécialement cette dernière indication. Leur action ne s'exerce pas sur la totalité de l'abdomen; elle est limitée à l'hypogastre. Ces ceintures sont construites de manière à refouler fortement les intestins en haut et en arrière, à les écarter du petit bassin, à en supporter le poids, à les empêcher de peser sur l'utérus et sur ses annexes. Leur partie principale est une pelote ou coussin d'une consistance ferme, de forme triangulaire ou oblonguc, à angles arrondis et mousses, doublé en avant ou sur sa face externe par une plaque métallique, recouvert en arrière et sur sa face interne d'une peau de daim ou de chamois. Aux deux extrémités de cette pelote s'adapte une ceinture à ressort, qui se boucle et prend son point d'appui par derrière, sur le sacrum (fig. 16).

Fig. 16.

La pelote hypogastrique doit être appliquée immédia
dessus du pubis, légèrement inclinée de haut en bas e
arrière. La plaque de la plupart de ces appareils est mu
canisme qui permet, au moyen d'une clef, de varier à v
naison de la pelote.

Dans quelques cas, au lieu d'une pelote unique médiane, il est utile d'adapter à la ceinture deux pelotes latérales.

On a recours aux ceintures hypogastriques quelquefois dans les abaissements de l'utérus, mais surtout dans les déviations, afin de diminuer le poids des viscères abdominaux, d'immobiliser la matrice et de faire cesser la distension de ses ligaments.

Quelques auteurs les ont conseillées encore dans les affections douloureuses de l'utérus et de ses annexes. Nous ne voulons pas contester leur opportunité dans la métrite et surtout dans la métrite parenchymateuse. En soutenant et en écartant les intestins, les ceintures hypogastriques contribuent, en effet, à apaiser les douleurs, à faciliter la circulation intra-pelvienne et à diminuer l'état congestif. Mais il n'en est pas toujours de même pour les douleurs résultant des phlegmasies péri-utérines. Ici les ceintures hypogastriques réussissent moins bien; quelquefois même elles sont manifestement nuisibles, surtout chez les personnes maigres. Le refoulement et la compression que la pelote exerce sur la paroi de l'hypogastre se transmettent jusqu'aux organes malades, augmentent la douleur et l'irritation, et ne tarderaient pas, si on laissait l'appareil en place, à produire de véritables recrudescences.

Il faut donc s'abstenir expressément de l'application des pelotes hypogastriques non-seulement dans les phlegmasies péri-utérines spontanément douloureuses, mais aussi dans celles où la pression de la main sur l'hypogastre suffit pour provoquer des douleurs.

3° La *pelote périnéale* a pour but, comme son nom l'indique, de soutenir le périnée, de lui fournir un point d'appui. Elle le refoule légèrement de façon à agir d'une manière médiate ou indirecte sur la paroi vaginale postéro-inférieure et aussi sur la commissure postérieure de la vulve. Cette pelote est fixée à une ceinture, au moyen de sous-cuisses (fig. 17).

FIG. 17.

Le mode d'action de la pelote périnéale la rend utile dans le traitement palliatif de l'allongement hypertrophique du col utérin et dans celui des abaissements de la matrice, surtout lorsqu'ils se compliquent, ce qui est le plus ordinaire, d'un relâchement des parois vaginales et du périnée. La pelote périnéale est indiquée encore

et les éponges, dont nous venons de parler, rentreraient dans ces variétés de pessaires.

Plus tard on a fabriqué des pessaires en bois et en métal ; on en a fait avec du tilleul, du liége, du sorbier, du buis ; avec de la corne, de l'ivoire, de la cire, du cuir, de l'étain, du plomb, du cuivre, de l'or, de l'argent, etc.

Le défaut de la plupart de ces pessaires est d'être gênants par leur poids et nuisibles par leur extrême dureté. On les a presque tous rejetés aujourd'hui ; et nous n'en parlons guère qu'à titre de document historique.

On a renoncé généralement à l'usage des pessaires dont le tissu est en lin, en soie, en coton, etc., enduit d'une couche de vernis ou de gomme élastique.

Les substances le plus ordinairement employées maintenant pour la fabrication de ces instruments sont le caoutchouc, la gutta-percha et l'ivoire. M. Mathieu a eu aussi l'heureuse idée d'en fabriquer en aluminium, métal qui a le double avantage d'être inaltérable et fort léger.

Les pessaires peuvent être divisés en deux variétés : 1° les pessaires *libres* ou *sessiles*, qui sont dépourvus de tige ou d'appui extérieur et qui restent dans le vagin sans y être fixés ; 2° les pessaires *à tige* ou *à appui extérieur* ou *hystérophores*, soutenus par un pivot qui s'adapte extérieurement à une ceinture.

a. Des pessaires libres ou sessiles. — Leurs formes et leurs variétés sont très-nombreuses. Les uns s'adaptent à la forme et à la capacité du vagin et distendent ce canal dans tous les sens. Tels sont les pessaires *en boudin*, de Velpeau (fig. 18), *élytroïdes*, de J. Cloquet, cylin-

Fig. 18.

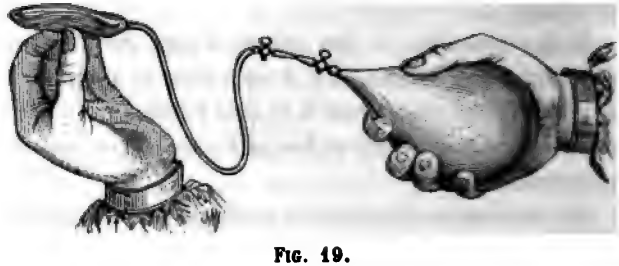

Fig. 19.

driques, concaves en avant, convexes en arrière, creux dans le centre comme un manchon. Les pessaires *globuleux* ou en *boule* (de bois,

d'ivoire ou de métal). Ces pessaires sont généralement tombés en désuétude. On leur préfère avec juste raison les pessaires *en poire*, ou les pessaires *sphériques* du docteur Gariel. Ces instruments sont en caoutchouc, et à air; ils sont simples, légers, élastiques. On les introduit vides d'air (fig. 19); et on les insuffle avec un appareil spécial quand ils sont en place (fig. 20).

Fig. 20.

D'autres pessaires, au lieu de se mouler sur le vagin et de le distendre dans tous les sens, n'occupent que la partie supérieure de ce conduit, le distendent circulairement en exerçant sur ses parois une pression excentrique, de manière à prendre leur point d'appui sur le bassin. Ils entourent et embrassent le col utérin à la façon d'un bourrelet, et forment ainsi une espèce de plancher artificiel sur lequel la matrice repose; tels sont les pessaires *en gimblette* et les pessaires *à anneau*, percés à leur centre (fig. 21 et 22). D'autres

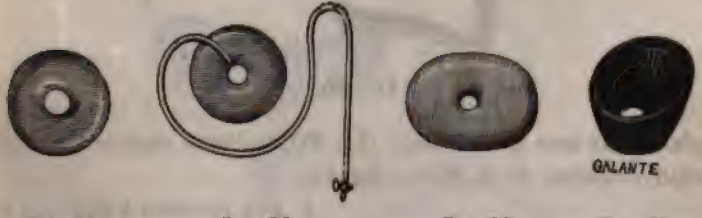

Fig. 21. Fig. 22. Fig. 23. Fig. 24.

sont elliptiques (fig. 23); d'autres en huit de chiffre, excavés modérément en avant et en arrière sur les bords correspondants à la vessie et au rectum. On peut rapprocher de ces pessaires le pessaire à *entonnoir* de Tanchou (fig. 24), et le pessaire *cylindrique échancré*,

de M. Hervez de Chégoin (fig. 25). Il existe des pessaires de cette forme, en caoutchouc et à air, les uns à surface plane, les autres à segments inégaux et à plan incliné (fig. 26 et 27).

Fig. 25.

Fig. 26.

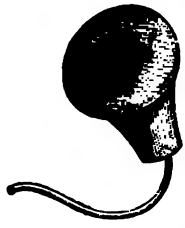

Fig. 27.

Fig. 28.

D'autres pessaires, au lieu de distendre circulairement le vagin et de soutenir, comme les précédents, l'utérus en masse, portent leur action plus directement sur le point vers lequel incline cet organe. A cette variété appartiennent les pessaires *en pelle* ou *en raquette*, de M. Hervez de Chégoin (fig. 28), le pessaire *triangulaire* de MM. Simpson et Priestley, les pessaires *à levier* de M. Hodge, avec une pince

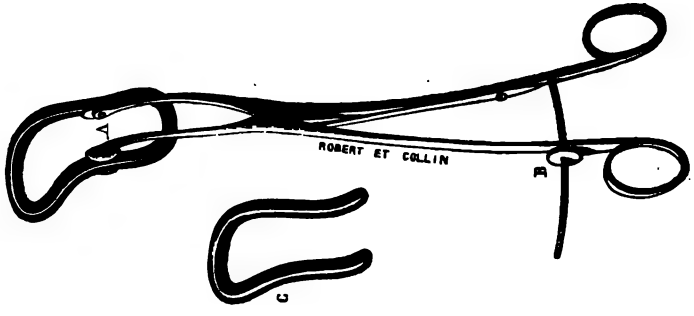

Fig. 29.

spéciale pour leur introduction (fig. 29), le levier vaginal horizontal ou *élytromochlion*, de M. Kilian (fig. 30).

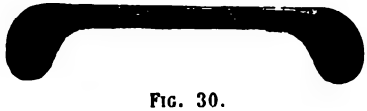

Fig. 30.

b. Des *pessaires* à tige et *à appui extérieur*, ou *hystérophores*. — Ces pessaires se distinguent des pessaires libres ou sessiles en ce qu'ils sont munis d'une tige ou pétiole qui va prendre son point d'appui à l'extérieur du vagin.

L'extrémité supérieure de ces instruments est disposée de manière à recevoir le col utérin et à soutenir directement la matrice ; de là le nom d'*hystérophores* (support de l'utérus) qu'on leur a donné.

On peut distinguer trois espèces d'hystérophores, suivant la disposition de leur extrémité supérieure ou utérine. Dans les uns, cette extrémité est disposée en manière de valves ; dans les autres, elle présente la forme d'un anneau, d'une cuvette ou d'une cupule ; dans d'autres enfin, la forme d'une ampoule ou d'une poire.

Les hystérophores *à valves* s'introduisent jusqu'au fond du vagin, les valves fermées ; puis on écarte les valves l'une de l'autre, au moyen d'un mécanisme particulier adapté à la tige. Les valves distendent les parois vaginales en même temps qu'elles reçoivent et

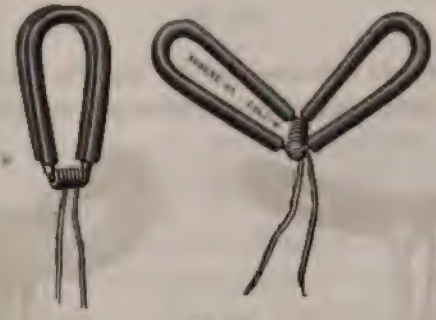

Fig. 31.

soutiennent le col de l'utérus, à la manière d'un plancher disposé en double plan incliné. Le plus simple de ces instruments est le pessaire *à dilatation continue* de M. Pertusio (fig. 31).

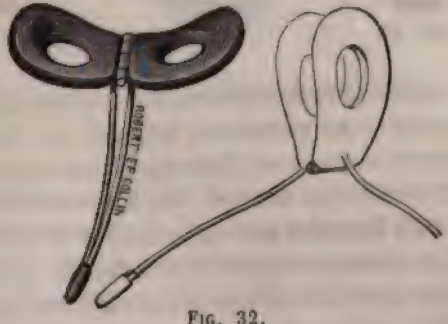

Fig. 32.

Celui de Zwanck (fig. 32) est un des plus anciennement connus.

Il a été modifié par Eulenberg (fig. 33), par Sagave (fig. 34) et par Coxeter, qui y a ajouté un écrou pour l'ouvrir et le fermer (fig. 35).

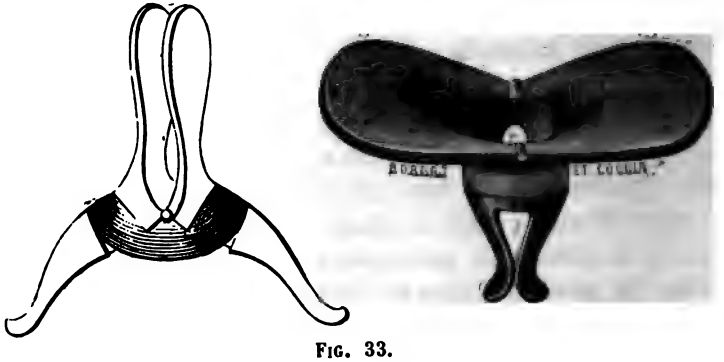

Fig. 33.

L'hystérophore de Schilling (fig. 36) rappelle celui de Pertusio par ses valves évidées, et celui de Coxeter par son système d'écrou.

Fig. 34.

Fig. 35.

La seconde variété d'hystérophores dérive d'une manière plus ou moins approximative du pessaire *en bilboquet* ou *à pétiole* (fig. 37). Ce dernier pessaire se compose d'une partie supérieure ou support, évasée, ayant la forme d'un anneau, d'un bourrelet ou d'une cupule, supportée par trois branches qui convergent et se réunissent en une tige longue d'un décimètre environ, et trouée à son extrémité inférieure pour recevoir des rubans destinés à la fixer à une ceinture.

Dans certains pessaires à bilboquet la cuvette est articulée et mobile, de manière à pouvoir prendre l'inclinaison que réclame la

direction de l'utérus (fig. 38 et 39). Récamier et Saviard ont remplacé la tige rigide de ces pessaires par des tiges élastiques et à ressort :

Fig. 36.

Fig. 37.

Fig. 38.

Fig. 39.

L'hystérophore de Roser rappelle exactement le pessaire en bilboquet par la forme de son extrémité supérieure et par sa tige; mais il s'en distingue par le système de ceinture ou de bandage destiné à maintenir l'appareil.

M. Bourjeaurd a construit un hystérophore à air, composé d'une pelote en cuvette qui soutient largement le col de l'utérus et laisse libre le museau de tanche, d'une tige conique et creuse formant un prolongement de la cuvette et servant de canal pour l'écoulement des liquides utérins (fig. 40).

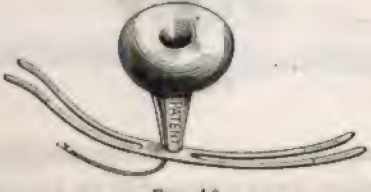

Fig. 40.

L'hystérophore de Coxeter (fig. 41) présente de grandes analogies avec celui de M. Bourjeaurd. Coxeter est encore l'auteur d'un hystérophore dont la tige, au lieu d'être rigide, est à ressort réflexible, comme dans les pessaires à bilboquet de Récamier et de Saviard. La fig. 42 représente le pessaire de Coxeter en place, avec sa ceinture et ses sous-cuisses.

Le pessaire de M. Grandcollot est un hystérophore qui ne diffère essentiellement de celui de Roser qu'en ce que l'anneau ou la cuvette

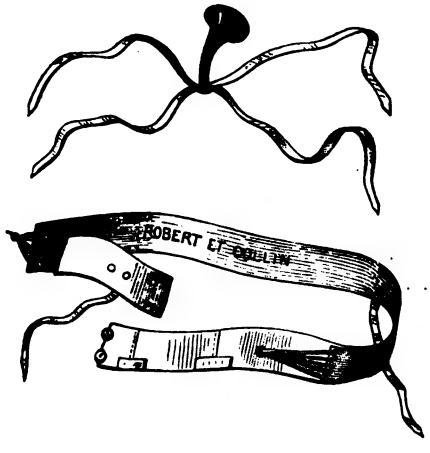

FIG. 41.

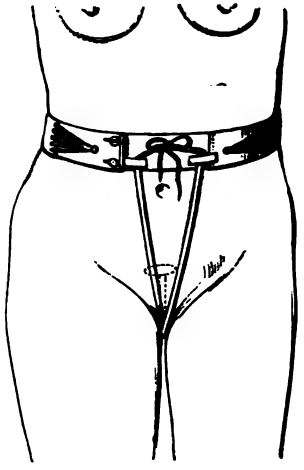

FIG. 42.

est mobile, ce qui lui permet de suivre tous les mouvements de l'utérus et de s'adapter à toutes ses inflexions (fig. 43).

FIG. 43.

Enfin nous signalerons spécialement l'hystérophore ou *releveur* de M. Borgniet, en raison de la commodité de son emploi et des bons résultats que nous en avons tirés, notamment dans le traitement des descentes de l'utérus (fig. 44 et 45). La partie cylindrique du corps A est destinée à occuper le vagin. Son extrémité supérieure ou utérine B est évasée en cupule pour recevoir le museau de tanche, et creusée d'un trou central C. Son extrémité inférieure ou vulvaire rétrécie, étranglée, à la manière d'un collet, est embrassée par la vulve. Plus bas elle offre la disposition d'un bouton double F, D,

afin de s'adapter à un système de sous-cuisses en caoutchouc G, G. Cette extrémité est percée aussi d'un trou central E, qui communique avec le trou de l'extrémité supérieure par un canal C, E,

Fig. 44.

occupant le corps cylindrique et donnant passage aux mucosités utérines.

Cet instrument a reçu, d'après nos indications, les modifications suivantes : la tige, ou collet, a été amincie de manière à éviter la compression douloureuse de l'urèthre et de la commissure supé-

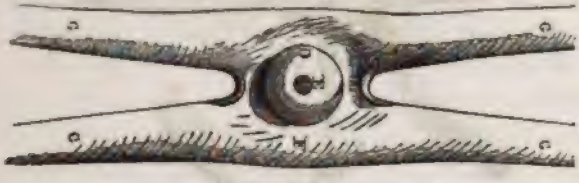

Fig. 45.

rieure de la vulve. Afin de prévenir la stagnation des produits de sécrétion dans l'intérieur de l'instrument, M. Borgniet y a adapté un tube métallique qui le traverse dans toute sa longueur, déverse les liquides directement à l'extérieur et permet un nettoyage facile.

La troisième variété d'hystérophores se distingue par un pessaire ou extrémité supérieure sphérique ou piriforme en caoutchouc et à air. Tels sont les instruments de Scanzoni (fig. 46) et de Becquerel (fig. 47), qui ne sont, à vrai dire, qu'une modification de l'hystérophore de Roser.

Les hystérophores sont maintenus et fixés au dehors, les uns, au moyen d'une tige, à une ceinture hypogastrique, tels que les hystérophores de Roser, de Scanzoni, de Becquerel et de Grandcollot

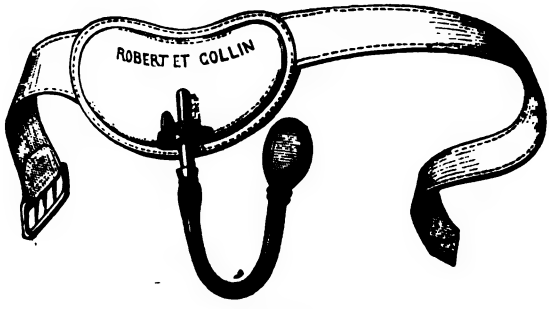

FIG. 46.

(fig. 46 et 47) ; les autres, au moyen de leviers, de courroies ou de sous-cuisses, à une simple ceinture, tels que les hystérophores de Zwanck (fig. 32), de Bourjeaurd (fig. 40), de Coxeter (fig. 41) et de Borgniet (fig. 44).

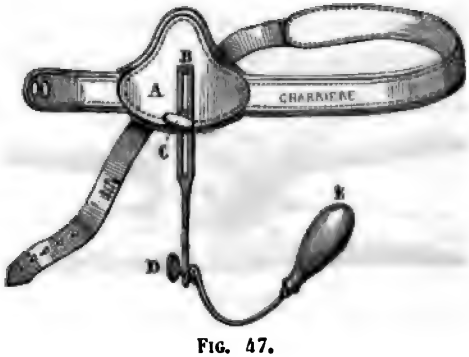

FIG. 47.

De la valeur thérapeutique des pessaires. — La valeur thérapeutique des pessaires a été très-diversement appréciée. Vantés outre mesure par les uns, ces instruments ont été regardés par les autres comme plus nuisibles qu'utiles. En pareille matière, il faut savoir se mettre en garde contre les exagérations de l'éloge ou du blâme, et ne tenir compte que de l'observation et de l'expérience. C'est ce que nous nous sommes efforcés de faire dans l'appréciation qui va suivre.

Il est incontestable que l'usage des pessaires peut être suivi de

tous les inconvénients et de tous les dangers qui résultent de la présence et du séjour d'un corps étranger dans une cavité naturelle. Ainsi des auteurs dignes de foi, Leake, Annan, Dieffenbach, Hamilton, Desormeaux, Jules Cloquet, imputent aux pessaires une action irritante sur les parties avec lesquelles ils sont en rapport ; ils citent même des cas où ces instruments ont donné lieu à des inflammations intenses, à des ulcérations profondes du museau de tanche et de la muqueuse du vagin, à des irritations, à des incrustations calcaires, à des écoulements purulents et fétides. Quelquefois le col de la matrice s'engage dans la cavité du pessaire, s'y allonge, y adhère fortement, s'enflamme, s'y étrangle et détermine les symptômes les plus fâcheux. On a vu des pessaires détruire et perforer les cloisons vaginales et pénétrer soit dans la vessie, soit dans le rectum. M. Cloquet a extrait un pessaire de liége qui était enfermé dans le vagin depuis dix ans, et tellement couvert de fongosités qu'on avait méconnu sa présence et qu'on traitait la malade pour un cancer. Nous avons donné des soins à une malade chez laquelle l'application d'un pessaire a déterminé, au bout de huit jours, la gangrène des parois vaginales, des fusées purulentes, des décollements et une péritonite mortelle.

Ce sont là heureusement des accidents graves qu'on observe assez rarement et qu'il est toujours facile de prévenir en prenant les soins et les précautions que nous recommandons plus bas. Mais ce qui est plus fréquent, c'est que les pessaires provoquent des douleurs dans le bas-ventre ou dans les reins, des tiraillements dans les aines, un sentiment de pesanteur dans la région ano-périnéale, du ténesme vésical et des envies fréquentes d'uriner. La compression qu'ils exercent sur le rectum peut aussi produire une constipation opiniâtre et déterminer la formation d'hémorrhoïdes. Nous avons vu parfois des pessaires appliqués inopportunément chez des malades atteintes de phlegmasie péri-utérine, de métrite interne ou de métrite parenchymateuse, provoquer des souffrances intolérables et de véritables recrudescences inflammatoires.

Quelquefois aussi les pessaires donnent lieu à des troubles divers dans les fonctions du système nerveux et des organes de la vie organique ; ainsi, chez certains sujets, ils provoquent des accès de toux spasmodique, des douleurs névralgiques dans différentes régions du corps, de la céphalalgie, des palpitations, des douleurs gastralgiques, des nausées ou des vomissements. Chez une de nos

malades l'application d'un pessaire était toujours suivie d'insomnie, d'une sensation de chatouillement et de constriction à la gorge, de congestion de la face et d'épistaxis. Il faut tenir grand compte de ces signes d'intolérance et en chercher la cause, afin de juger s'il y a lieu de continuer ou d'ajourner l'emploi de ce moyen mécanique.

La plupart des inconvénients et des dangers que nous venons de signaler peuvent être évités en se conformant aux préceptes que nous allons tracer.

Choix des pessaires. — Indications et contre-indications de leur emploi. — Nous ne donnerons ici que des règles générales. Les règles spéciales trouveront leur place dans l'exposé du traitement de chaque espèce de lésion mécanique.

Le choix des pessaires doit être déterminé surtout par la nature de la lésion à laquelle il s'agit de remédier. Les pessaires en bondon et les pessaires élythroïdes, généralement abandonnés pour les déplacements et les déviations de l'utérus, doivent être réservés à peu près exclusivement au traitement palliatif des cystocèles et des rectocèles. La forme de ces instruments les rend plus aptes que les autres à refouler les parties herniées de la vessie ou du rectum, et à soutenir les cloisons vaginales affaiblies et distendues. Les pessaires globuleux et à air peuvent rendre les mêmes services.

En ce qui concerne les déplacements et les déviations de la matrice, on peut établir en thèse générale que le meilleur pessaire est celui qui est le mieux toléré, qui occasionne le moins de malaise et d'incommodité, qui immobilise le mieux l'utérus et qui lui offre le soutien le plus doux et le plus sûr. Les pessaires qui remplissent le mieux ces conditions sont les pessaires élastiques, en caoutchouc et à air. Depuis leur introduction dans la chirurgie gynécologique on a presque renoncé d'une manière absolue aux pessaires solides et durs. La consistance et le poids de ces derniers rendaient leur usage dangereux et exposaient à tous les accidents énumérés plus haut. Les pessaires en caoutchouc et à air n'offrent, au contraire, aucun de ces inconvénients : ils sont souples, légers, nullement irritants ; la facilité que l'on a de les dilater plus ou moins par l'insufflation leur permet de s'adapter aussi bien que possible à la forme et à la capacité du vagin ; elle permet encore de graduer, en quelque sorte, la distension et l'écartement des parois vaginales.

Les pessaires en gimblette ont le double inconvénient de com-

primer la vessie et le rectum, de dilater à l'excès le cul-de-sac vaginal, de relâcher ainsi et d'affaiblir les insertions du vagin à l'utérus, c'est-à-dire un des points d'appui les plus solides et les plus importants de la matrice. Les pessaires globuleux et piriformes sont passibles des mêmes reproches.

Les abaissements de l'utérus sont, sans contredit, les lésions mécaniques auxquelles les pessaires conviennent le mieux, dans lesquelles ils se montrent le plus efficaces, et pour lesquelles, d'ailleurs, on les emploie le plus communément.

La plupart d'entre eux sont peu utiles dans la rétroversion et dans l'antéversion ; quelques-uns même, comme les pessaires globuleux, tendent à augmenter plutôt qu'à corriger ces déviations, en refoulant le col utérin et en exagérant le mouvement de bascule de la matrice.

Cependant cette remarque ne s'applique pas aux pessaires à levier ; ces instruments, complétement inapplicables aux abaissements, ont été imaginés spécialement pour le traitement des déviations ; ils sont surtout utiles dans la rétroversion. Les pessaires à levier remplacent avantageusement les pessaires en pelle et en raquette de M. Hervez de Chégoin.

De nos jours, les hystérophores tendent à se substituer de plus en plus aux pessaires proprement dits. Ils ont sur ces derniers d'incontestables avantages. D'abord, ils conviennent également bien aux déplacements et aux déviations ; puis ils ne compriment ni ne dilatent le vagin; ils n'exercent sur ses parois aucune action irritante; enfin ils agissent directement sur la matrice ; ils la soutiennent mieux ; et quelques-uns, en raison de la mobilité de leur cuvette, peuvent porter le col utérin en avant ou arrière et ramener ainsi la matrice dans la direction de son axe normal. Le seul inconvénient que présentent la plupart de ces appareils, c'est la complication de leur mécanisme et la gêne que leurs lanières et leur ceinture occasionnent à bien des malades.

L'emploi des pessaires et des hystérophores trouve ses principales indications dans le traitement des hernies vaginales (cystocèle et rectocèle) et dans celui des lésions mécaniques de l'utérus. Il ne faut pas oublier que ce ne sont que des moyens *palliatifs*, et qu'on espérerait vainement par leur concours obtenir une cure radicale. Ils sont pour les déplacements et pour les déviations de la matrice ce que sont les bandages herniaires pour les hernies abdominales. Ils ne suppléent nullement aux ligaments utérins affaiblis

ou relâchés ; ils soutiennent simplement l'organe, ils l'immobilisent, et, de cette manière, ils diminuent ou ils font cesser la sensation de pesanteur et les tiraillements douloureux.

C'est surtout dans les déplacements et les déviations simples que les pessaires et les hystérophores conviennent. Ils sont indiqués encore lorsque les lésions mécaniques sont compliquées de polypes, de corps fibreux, de môles utérines, d'hydatides, de kystes ovariques, c'est-à-dire de lésions indolentes et non irritables. Mais leur emploi présente de sérieux inconvénients et même des dangers réels, lorsque concurremment avec un déplacement ou une déviation, il existe quelque lésion susceptible d'être aggravée par le contact ou le voisinage d'un corps étranger. Ainsi, l'usage des hystérophores et des pessaires est formellement contre-indiqué dans les cas de vaginite, de métrite subaiguë du col ou du corps, d'hystéralgie, de cancer utérin, de phlegmasie ou d'hématocèle péri-utérine. Nous avons vu, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, la présence des pessaires donner naissance aux recrudescences les plus graves dans les inflammations péri-utérines et même déterminer des péritonites et des abcès pelviens. Toutes les fois qu'il y a une complication de cette nature, le pessaire et l'hystérophore sont mal supportés; loin de soulager, ils augmentent les douleurs locales, et même en font naître de nouvelles. Non-seulement ces douleurs deviennent plus intenses et continuelles, d'intermitentes qu'elles étaient, mais encore elles s'accompagnent quelquefois de réaction générale et d'un léger mouvement fébrile. Quelques auteurs conseillent, dans ces circonstances, de laisser les pessaires en place et de se borner à combattre ces phénomènes de réaction par des antiphlogistiques et par des émollients. Nous croyons que c'est là une pratique funeste. Il faut enlever le pessaire et renoncer à son emploi jusqu'à ce qu'on soit parvenu, par un traitement approprié, à écarter la complication et à rendre tolérables et possibles les applications et le séjour de l'instrument.

Du mode d'application. — Des précautions et des soins à prendre. — Quelle que soit l'espèce de pessaires dont on se serve, leur application doit être soumise à certaines règles. Il faut d'abord écarter tout obstacle à l'introduction et au placement de l'instrument par une évacuation préalable du rectum et de la vessie. Puis, la malade étant couchée sur le dos, la tête basse, le bassin élevé, les cuisses légèrement fléchies et écartées, on procède à la réduction de l'utérus.

c'est-à-dire qu'on le replace dans sa situation et dans sa direction normales, soit avec le doigt indicateur seul, soit avec l'indicateur et le médius réunis. Le pessaire est enduit de cérat, d'axonge, d'huile ou de glycérine. Avec l'index et le médius d'une main on écarte les grandes lèvres, tandis qu'avec l'autre main on pousse le pessaire doucement et lentement à travers l'orifice vulvaire, jusqu'au fond du vagin. Si c'est un pessaire rigide (gimblette, à levier, bilboquet), son grand diamètre doit correspondre à la fente de la vulve; s'il s'agit d'un pessaire flexible, élastique, notamment d'un pessaire à air, on doit le comprimer, le réduire à son plus petit volume, lui donner une forme cylindrique ou conique, afin de faciliter son passage à travers la vulve et son introduction dans le conduit vaginal.

Lorsque le pessaire a été introduit jusqu'au fond du vagin, il faut avec l'indicateur et le médius lui donner la position convenable, c'est-à-dire le mettre en rapport avec le col et le corps de l'utérus de manière qu'il maintienne la matrice réduite et s'oppose à la reproduction du déplacement ou de la déviation.

On peut donc diviser l'opération en deux temps : 1° introduction du pessaire; 2° placement et adaptation de l'instrument.

Ce second temps est le plus délicat, le plus difficile et le plus important : c'est de lui que dépend le succès de l'opération. Aussi, doit-on y procéder avec beaucoup d'attention et de soin.

Nous n'avons rien à dire de spécial pour les pessaires en bondon et les pessaires élytroïdes, sinon que le museau de tanche doit être reçu dans l'excavation de leur extrémité supérieure.

Les pessaires en gimblette et les pessaires en anneau, d'abord introduits de champ, sont ensuite ramenés dans une position horizontale, de telle sorte que le col de l'utérus repose sur le bourrelet qu'ils présentent, et que le museau de tanche corresponde exactement à leur ouverture centrale.

Les pessaires à air ne doivent être insufflés et distendus qu'après leur introduction.

Pour les pessaires à levier, leur grande branche doit soutenir et soulever la partie de l'utérus déviée; cette branche doit donc correspondre au cul-de-sac vaginal antérieur pour l'antéversion, et au cul-de-sac vaginal postérieur pour la rétroversion.

Quant aux hystérophores, leur partie supérieure évasée, ou cuvette, doit toujours s'adapter à la partie intra-vaginale du col de la matrice.

Lorsqu'un pessaire ou un hystérophore vient d'être placé, on doit s'assurer qu'il conserve la position qu'on lui a donnée, qu'il maintient l'utérus en réduction et qu'il n'incommode ni ne blesse la malade. A cet effet, il est utile de faire exécuter à la malade tous les mouvements habituels. On la fait lever, marcher, s'asseoir, s'accroupir, tousser et se moucher; et après chacun de ces actes et de ces efforts, on pratique le toucher vaginal pour constater la position du pessaire. Si le pessaire n'a point bougé, c'est une preuve qu'il possède la forme et les dimensions convenables ; on doit le laisser en place. Mais si on le trouve changé de direction ou de position, et qu'après plusieurs essais successifs on ne puisse pas parvenir à le maintenir dans la situation voulue, on doit le changer pour un autre qui s'adapte mieux à l'état des organes et à la nature de la lésion.

Quand le pessaire ou l'hystérophore sont bien supportés, on peut les laisser sans crainte. Mais leur présence occasionne-t-elle des incommodités, des malaises, des douleurs, des signes quelconques d'intolérance, on doit rechercher la cause de ces accidents.

Si cette cause réside dans un état congestif ou inflammatoire du vagin, de l'utérus ou de ses annexes, il faut, comme nous l'avons recommandé plus haut, ajourner l'application de l'instrument et n'entreprendre le traitement mécanique qu'après la guérison de la lésion vitale concomitante, sous peine de voir survenir les plus graves complications.

Mais quelquefois l'incommodité n'est que passagère, et loin d'avoir sa cause dans une hyperesthésie pathologique du vagin, de l'utérus ou des tissus péri-utérins, elle tient simplement au défaut d'accoutumance du vagin et de l'utérus pour le contact d'un corps étranger. Dans ce cas il convient d'employer d'abord de petits pessaires et de n'augmenter ensuite que graduellement leurs dimensions; il faut aussi, pour habituer peu à peu les organes à leur présence, les retirer fréquemment, pendant les premiers jours, et ne les laisser que quelques heures.

Une fois la tolérance établie, les pessaires doivent-ils rester à demeure? Pour résoudre cette question on doit tenir compte de la nature de la lésion et de la forme des instruments. Pour les simples abaissements de l'utérus et pour les déviations, le pessaire peut être retiré au moment du coucher et pendant la nuit, et gardé seulement pendant le jour. Pour le prolapsus et les chutes au troi-

sième degré, l'instrument doit être gardé, autant que possible, nuit et jour.

En ce qui concerne la forme de l'appareil, il est évident que les pessaires creux, en gimblette, annulaires, en bilboquet et à levier, ainsi que les hystérophores, peuvent sans inconvénient rester à demeure pendant des semaines entières, puisqu'ils permettent l'écoulement facile des liquides utérins et vaginaux. Mais il n'en n'est pas de même pour les pessaires pleins, globuleux, ou piriformes ; ceux-ci doivent être retirés fréquemment pour être nettoyés, et particulièrement à l'époque des règles afin de ne pas opposer d'obstacle à l'écoulement des menstrues.

Les pessaires pleins et les hystérophores doivent être retirés encore au moment des rapprochements sexuels. Quant aux pessaires creux, notamment les pessaires annulaires et les pessaires à levier, ils n'empêchent ni les rapports conjugaux, ni la fécondation.

L'usage des pessaires exige de grands soins de propreté. Nous avons déjà dit que ces instruments doivent être nettoyés toutes les fois qu'on les retire. Il faut aussi recommander aux malades de prendre des injections fréquentes, des bains de siége ou des bains entiers. Grâce à ces précautions, on peut garder assez longtemps ces instruments, et prévenir les inconvénients et les dangers résultant de leur mauvais entretien.

C. **Moyens mécaniques intra-utérins.** — En vue de combattre plus spécialement les déviations utérines, quelques praticiens ont songé à agir directement sur la longueur de la matrice et à la maintenir fixée dans son axe normal à l'aide d'instruments spéciaux. Ainsi que nous l'avons déjà dit dans nos considérations historiques, l'idée mère de cette méthode appartient à Velpeau, et les premières applications en ont été tentées surtout par Amussat. Rendre à l'utérus sa rectitude, lui restituer son axe normal au moyen d'une tige rigide, introduite et laissée à demeure dans la cavité de l'organe, tel est le principe fondamental de la méthode dite du *redressement*.

Divers instruments ont été inventés dans le but de satisfaire à cette indication, par MM. Simpson, Kiwisch, Mayer, Valleix et Detschy.

Le redresseur de Simpson consiste en une boule métallique creuse, elliptique, de la grosseur d'un œuf de pigeon, surmontée d'une tige mince de 5 à 6 centimètres de hauteur. Cette tige s'introduit dans la cavité utérine ; elle est quelquefois formée de deux métaux (cuivre

et zinc) ajustés bout à bout, pour produire un dégagement d'électricité. La boule reste dans le vagin; elle est percée inférieurement d'un trou pour recevoir une tige à manche servant à l'introduction de l'instrument (fig. 48).

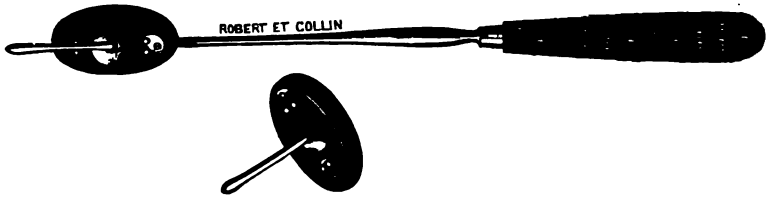

FIG. 48.

Le redresseur de Kiwisch se compose d'une tige flexible, dont l'extrémité supérieure est divisée en deux branches qui peuvent s'écarter l'une de l'autre au moyen d'une chaînette et d'un petit écrou (fig. 49).

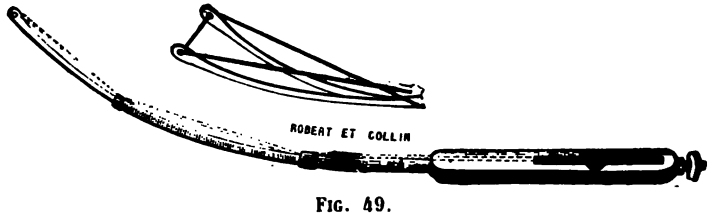

FIG. 49.

Le redresseur de Valleix est formé d'une tige en ivoire, tige interne que supporte une petite boule en caoutchouc et à air destinée à servir d'appui au col utérin. A cette boule s'articule, d'autre part, un petit levier métallique, tige vaginale, traversant le vagin dans son axe longitudinal. A l'extérieur de la vulve la tige vaginale s'adapte à un petit plastron métallique que des lanières fixent au-dessus du pubis (fig. 50).

Dans le redresseur de Detschy, la tige intra-utérine, au lieu d'être soutenue par une boule, comme dans les redresseurs de Simpson et de Valleix, est supportée par deux valves perforées semblables à celles de l'hystérophore de Zwanck (fig. 51).

Dans notre historique général (p. 21), nous avons dit quels avaient été les espérances et les déceptions, les succès et les revers de la méthode du redressement; nous avons rappelé la discussion qu'elle avait soulevée au sein de l'Académie de médecine, et le juge-

ment porté sur elle par ce corps savant. Malgré notre déférence pour les décisions académiques, nous croyons que les conclusions définitivement adoptées étaient empreintes d'un excès d'indulgence et ne

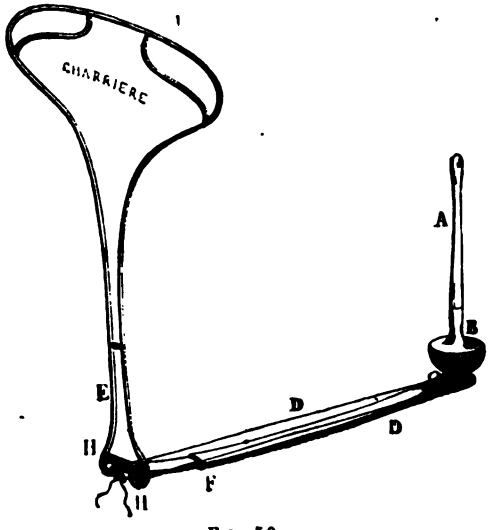

Fig. 50.

condamnaient pas d'une manière assez formelle un mode de traitement généralement reconnu dangereux.

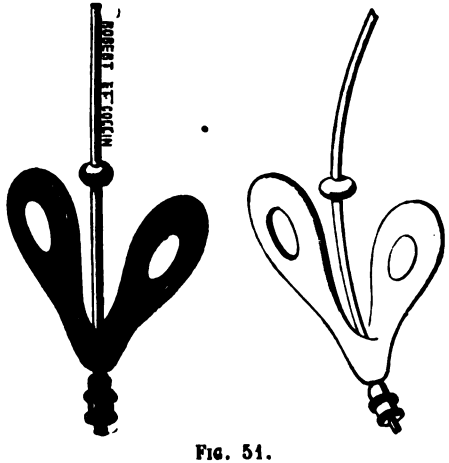

Fig. 51.

A nos yeux, l'expérience avait prononcé depuis longtemps. Tous

les cas que nous avions observés condamnaient les redresseurs et les pessaires intra-utérins. Les faits recueillis par un de nos collègues d'Allemagne, les plus versés dans l'étude de la pathologie utérine, n'ont pas été plus favorables à la méthode de MM. Simpson, Kiwisch et Valleix. « D'après ce que nous avons observé, dit M. Scanzoni (p. 88), nous ne saurions donner notre approbation à ces instruments. Leur emploi est, selon nous, dangereux, sans résultat aucun, et, de plus, dans bien des cas et dans certaines circonstances, impraticable et tout à fait impossible. »

Ces paroles de M. Scanzoni nous paraissent très-bien exprimer le sentiment de la généralité des médecins sur la méthode du redressement utérin. L'appel que l'Académie avait fait à l'expérience ultérieure a donc été entendu; l'avenir a prononcé. Les redresseurs et les pessaires intra-utérins doivent être, selon nous, entièrement proscrits de la pratique, comme des moyens toujours inefficaces et très-souvent périlleux.

D. **Moyens mécaniques intra-rectaux.** — Comme nous l'avons dit plus haut, M. Huguier a proposé d'introduire et de laisser à demeure dans le rectum une mèche volumineuse de charpie, dans le but de refouler en avant l'utérus dévié. Favrot a remplacé cette mèche par un pessaire globulaire, à air, qu'il nomme *réducteur*. Cet instrument est en tout semblable aux pessaires de Gariel. On l'introduit vide dans le rectum jusque derrière l'utérus; puis on l'insuffle avec un réservoir d'air. Quand l'ampoule du pessaire est distendue, elle s'appuie d'une part sur la concavité du sacrum, et d'autre part elle refoule en avant la paroi rectale antérieure et les cloisons recto-vaginale et recto-utérine; elle agit ainsi, d'une manière médiate, sur la matrice qu'elle redresse. Nous reviendrons sur ce sujet en parlant des versions de l'utérus. Mais nous pouvons dire, dès maintenant, que ce mode de traitement inspire de la répugnance aux malades, est mal supporté par celles qui consentent à y recourir et ne produit aucun résultat efficace.

Du mode d'action des moyens mécaniques. — Comme nous l'avons déjà dit plus haut, tous les moyens mécaniques, applicables aux déplacements et aux déviations de l'utérus, agissent surtout en soutenant la matrice, en lui fournissant un point d'appui, en l'immobilisant. Les meilleurs instruments sont donc, en général, ceux qui remplissent ce but, sans fatiguer les organes, sans irriter les

ncore, la ceinture hypogastrique et la pelote périnéale, suffi-
à remplir les indications que nous venons de poser et dont la
pale consiste, avons-nous dit, à immobiliser la matrice. Nous
ployons les instruments intra-vaginaux que lorsque l'insuffi-
de ces deux derniers appareils est pour nous clairement dé-
ée.

ıtefois, avant de recourir aux procédés mécaniques, il est
le s'assurer s'ils peuvent être bien supportés, de préciser le
lans lequel ils doivent agir et le lieu où il convient de les
quer.

ı de rendre cette détermination plus facile, nous avons cher-
ı moyen qui pût servir, en quelque sorte, de pierre de touche,
der dans le choix et dans l'application du procédé le plus con-
le.

s ce but, nous recommandons à la malade de comprimer et de
ir avec ses mains : 1° la paroi hypogastrique, immédiatement
sus du pubis; 2° le plancher périnéal ; 3° simultanément ces
régions. Si la malade est soulagée par la pression et le refou-
t de l'hypogastre, nous prescrivons une ceinture hypogastrique;
e manœuvre, au contraire, ne calme point les douleurs ou si
s exaspère, et que la pression et le refoulement du périnée les
ent ou les dissipent, nous prescrivons une pelote périnéale ;
ous faisons porter un appareil, comprenant à la fois une cein-
ypogastrique et une pelote périnéale, aux malades qui éprou-
ıt soulagement par la pression exercée simultanément sur le

CHAPITRE XXIII.

DES DÉPLACEMENTS.

DIVISIONS. — Dans les déplacements, l'utérus se porte en masse soit en haut ou en bas, soit en avant ou en arrière, soit enfin sur les côtés. De là cinq variétés de déplacements :

A. Suivant l'axe vertical.....	1° En haut...	*Ascension.*
	2° En bas....	*Prolapsus.*
B. Suivant l'axe antéro-postérieur.....	3° En avant..	*Antépulsion.*
	4° En arrière.	*Rétropulsion.*
C. Sur les côtés.....		*Latéropulsion.*

ARTICLE PREMIER.

DU DÉPLACEMENT EN HAUT OU ASCENSION DE L'UTÉRUS.

ÉTIOLOGIE. — Cette forme de déplacement est assez rare, et quand elle se présente, elle se lie à peu près invariablement à une lésion développée dans les annexes de la matrice : tantôt c'est une tumeur du vagin, de la vessie, du rectum ou de la cloison recto-vaginale, qui pousse la matrice de bas en haut ; tantôt c'est une tumeur des trompes ou de l'ovaire qui, à mesure qu'elle s'accroît, distend les ligaments larges et attire l'utérus par son mouvement d'élévation. Mais nous ne saurions admettre, avec certains auteurs, que l'organe puisse être entraîné par la portion du péritoine qui le recouvre, dans l'ascite ou lorsque la séreuse est distendue par un épanchement quelconque. Enfin la matrice, acquérant, dans certains cas de tumeurs fibreuses et de polypes, ou de collections liquides contenues dans sa cavité, un développement excessif, peut se trouver à l'étroit dans l'excavation pelvienne et s'arrêter, comme dans les derniers mois de la grossesse, au-dessus du détroit supérieur. Dans des circonstances plus rares, l'élévation de la matrice est due à un raccourcissement congénital ou accidentel des ligaments utérins.

Ainsi, toutes les fois qu'on trouve l'utérus plus élevé que dans l'état normal, il faut songer surtout à quelque tumeur développée dans l'organe même ou dans son voisinage.

DEGRÉS. — Le déplacement en haut est susceptible de différents degrés, sur lesquels il est inutile d'insister. Il peut être porté au point de rendre le museau de tanche difficilement accessible à l'exploration du doigt par le vagin (Dugès et Boivin). Dans ce cas, l'organe ayant franchi l'excavation pelvienne peut être senti aisément au-dessus du pubis, par le toucher hypogastrique.

En vertu même des causes qui provoquent l'élévation de l'utérus, il est rare que ce déplacement soit simple et ne s'accompagne pas en même temps d'un certain degré d'inclinaison, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

L'ascension de la matrice, dépendant généralement de quelque lésion de l'organe ou des tissus voisins, ne comporte point de traitement spécial. Suivant l'adage *sublatâ causâ, tollitur effectus*, il disparaît avec la cause qui l'entretient; c'est donc à combattre cette cause que l'on doit surtout s'appliquer.

ARTICLE II.

DU DÉPLACEMENT EN BAS OU PROLAPSUS.

HISTORIQUE. — Le prolapsus utérin était généralement regardé comme une lésion assez commune, lorsque M. Huguier vint en nier formellement la fréquence. Déjà dans le courant de l'année 1858, l'honorable chirurgien de Beaujon avait publié, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, un article sur ce sujet; mais ce n'était que le prélude d'un mémoire plus étendu dont il donna plus tard lecture à l'Académie de médecine. L'objet de ce travail est résumé par l'auteur dans la conclusion suivante : — « La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de *Prolapsus*, de *Précipitation* ou de *Chute complète* de l'utérus, n'est très-généralement autre chose qu'une hypertrophie longitudinale du col de l'organe, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé, et que la tumeur pendante entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal. » Et plus loin M. Huguier ajoute : — « On ne trouve dans presque aucun ouvrage la preuve irrécusable, séméiotique et anatomo-pathologique, de l'existence de la chute complète de l'utérus. »

M. Depaul s'éleva contre ce qu'il y avait de trop absolu et, partant, de très-exagéré dans cette opinion ; il se fit l'avocat des anciennes doctrines et des anciens auteurs. Il démontra d'abord, par de nombreuses citations, que l'allongement hypertrophique du col utérin, loin d'être une lésion nouvellement décrite par M. Huguier, était connu de Baudelocque, de Desormeaux, de Lallemant, de Leroux (de Dijon), de Bouisson, de Bichat, et qu'il se trouvait signalé, en plus d'un endroit, dans le *Traité des maladies de l'utérus*, de Dugès et de madame Boivin. Puis, M. Depaul fournit de sérieux arguments en faveur de l'existence du prolapsus. Il démontra que la légitimité de cette lésion était à la fois basée sur des faits cliniques et sur des preuves nécropsiques.

M. Verneuil publia dans la *Gazette hebdomadaire* une série d'articles dans le but de prêter main-forte à M. Huguier; mais quelques semaines après, M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) écrivait, dans le même journal, une très-savante note prouvant péremptoirement que l'allongement hypertrophique du col utérin avait été parfaitement bien décrit par Levret dans le *Journal de médecine, de chirurgie et pharmacie*, de Roux, en octobre 1775. Le travail de Levret est intitulé : *Sur un allongement considérable qui survient quelquefois au col de la matrice*. Comme le fait remarquer M. Stoltz, il ne manque à ce titre que l'épithète *hypertrophique* pour ressembler tout à fait à celui qu'a employé M. Huguier. Levret rapporte quatre observations dans lesquelles on trouve, non-seulement une excellente description de la lésion, mais encore l'indication des mêmes signes diagnostiques que M. Huguier a donnés comme nouveaux. Ainsi, non content de mesurer extérieurement le col utérin et d'en déterminer la longueur approximative par le toucher vaginal, Levret introduit dans la cavité même de la matrice, soit un stylet, soit une sonde de baleine, pour en apprécier mathématiquement la profondeur.

Il paraît que du temps de Levret la descente utérine comptait aussi un certain nombre d'incrédules parmi les médecins. Levret pense que la lésion qu'il vient de découvrir et de faire connaître est de nature à mettre d'accord ceux qui croient au prolapsus et ceux qui le nient. « Si tous les auteurs, dit-il, avaient su qu'il y a des cas où le col de l'utérus peut quelquefois s'allonger au point d'acquérir cinq à six pouces et même davantage, *sans que le corps de la matrice soit pour ainsi dire déplacé*, étant encore alors dans le petit bassin, loin de disputer en vain, ils seraient non-seulement tombés d'accord

sur l'existence de chacun des faits qu'ils niaient respectivement, mais sur leur différence réelle, comme il est aisé de le voir par nos remarques. »

M. Huguier a donc été devancé de près d'un siècle par Levret. Mais Levret a eu raison, suivant nous, d'admettre et de décrire l'allongement du col utérin sans, pour cela, contester le prolapsus. Il estime même que l'hypertrophie du col de la matrice s'accompagne toujours d'un certain degré d'abaissement de l'organe, et il regarde cette lésion comme une variété du prolapsus : « La tumeur dont nous avons parlé, dit-il, est une *quatrième espèce*, composée du vagin retourné et du col de la matrice allongé, sans y comprendre le corps de cet organe. »

Nous avons déjà dit que nous trouvions l'opinion de M. Huguier trop absolue et fort exagérée; nous nous rangeons complétement aux idées de Levret, qui nous paraissent entièrement conformes à l'observation des faits. Quant à l'allongement hypertrophique, nous avons consacré à son étude de longs développements (p. 374).

Variétés. — On distingue trois degrés dans l'abaissement de la matrice :

1° *Un premier degré*, dans lequel l'utérus, plus ou moins descendu dans le vagin et remplissant sa portion la plus élevée, ne se montre pas à l'orifice vulvaire. Lisfranc appelait ce premier degré *relâchement*. Nous préférons, avec Dugès et madame Boivin, le nom d'*abaissement*, ou prolapsus commençant.

2° *Un deuxième degré*, dans lequel le museau de tanche forme une saillie à la vulve : c'est la *descente* proprement dite, la *procidence* ou le semi-prolapsus. Kuhn nomme cette lésion *delapsus*.

3° *Un troisième degré*, prolapsus complet, dans lequel l'organe, ayant franchi la vulve et entraînant avec lui le vagin renversé, pend entre les cuisses de la femme. Ce troisième degré a reçu le nom de *chute* ou *précipitation*.

Étiologie.. — On a longuement discuté sur la question de savoir quelle est la cause prochaine et anatomique du prolapsus utérin. Astruc, Gardien, les docteurs Hamilton, Blundell et Churchill, font jouer un rôle prépondérant au relâchement et au défaut de tonicité du vagin. Le docteur Davis l'attribue plus spécialement à l'affaiblissement des ligaments suspenseurs de la matrice. Suivant Dugès et Boivin, « une grande extension des ligaments suspenseurs

et du vagin est pour cela nécessaire »; mais la principale cause, à leurs yeux, est dans le relâchement et l'allongement des cordons sus-pubiens et des cordons utéro-sacrés. Nous croyons que toutes ces causes concourent le plus souvent à la production de l'abaissement de l'utérus, mais à des degrés divers. Dans les cas légers, il suffit du relâchement des ligaments suspenseurs; mais dans les chutes complètes, les parois vaginales prennent une part très-importante à la lésion, ainsi que le démontre l'état de mollesse, d'affaiblissement et de laxité où se trouvent ces parois.

Ce relâchement des moyens de suspension de la matrice est rarement congénital; il est le plus souvent acquis ou accidentel, et il dépend alors soit de diverses affections morbides qui en ont altéré la texture, soit de violences, de distensions forcées et souvent répétées.

Pour toutes ces raisons, le prolapsus est assez rare chez les jeunes filles; il peut cependant s'observer à cet âge. Des exemples en ont été cités par de Graaf, Saviard, Mauriceau, Chopart, etc., et nous-mêmes nous avons eu l'occasion d'en rencontrer quelques cas. Monro a rapporté un fait de procidence utérine chez une petite fille de trois ans. Mais c'est surtout chez les femmes mariées et plus particulièrement chez les multipares qu'on rencontre cette lésion.

On a prétendu que les femmes d'un tempérament lymphatique et d'une constitution molle y étaient prédisposées. Cela est contestable; mais ce qui ne l'est point, c'est que les tumeurs développées dans l'utérus ou dans le bassin exercent une influence réelle sur la production de cette lésion, les unes en augmentant le volume et le poids de l'utérus, comme la grossesse, les polypes, les corps fibreux, les môles, les hydatides, la métrite parenchymateuse; les autres en repoussant en bas la matrice ou en tiraillant ses ligaments; ainsi peuvent agir les tumeurs de l'ovaire, les hématocèles péri-utérines, les phlegmasies péri-utérines, etc.

On voit se produire quelquefois le prolapsus de la matrice à la suite d'avortements provoqués, d'accouchements longs et laborieux, de tractions vives ou violentes exercées sur le fœtus ou sur le délivre.

Il peut se produire encore, pendant ou peu de temps après la période puerpérale, lorsque les nouvelles accouchées reprennent prématurément leurs occupations, lorsqu'elles se livrent trop tôt à des travaux excessifs, à des efforts réitérés, à des courses ou à des

marches prolongées. Le prolapsus est d'autant plus facile dans ces circonstances que l'utérus n'est pas encore revenu à son volume normal, et que ses ligaments, ainsi que les parois du vagin, sont encore distendus et relâchés.

Les causes occasionnelles les plus communes de ce déplacement sont les suivantes : accouchement laborieux, travail prolongé, application du forceps, tractions exercées sur le fœtus, relevailles trop hâtives, quand l'utérus et les ligaments ne sont pas encore revenus à leur état normal; travaux exagérés, courses prolongées, exercices pénibles, efforts violents et répétés de toux, de défécation, etc.; coups sur l'hypogastre, chutes sur le bassin, pression directe exercée par une tumeur de haut en bas sur la matrice, etc.

Nous étudierons le prolapsus successivement, dans l'état de vacuité et dans l'état de gestation.

§ 1. — Du prolapsus dans l'état de vacuité.

Premier degré. — *Signes subjectifs.* — La malade éprouve une pesanteur légère sur le périnée, des tiraillements dans les aines et dans les lombes, augmentés par les efforts, la marche, la station verticale prolongée, les mouvements brusques, les travaux pénibles, les cahotements d'une voiture, etc. La constipation est habituelle, la défécation pénible et douloureuse. Des troubles variés se montrent dans la miction, qui est le plus souvent accompagnée de gêne ou de souffrance. La menstruation est rarement troublée.

Signes objectifs. — Par le toucher vaginal, on sent l'utérus dans un point assez rapproché de la vulve. Il est rare que l'organe soit simplement descendu; on le trouve en outre changé de direction, et ordinairement dans un état de version plus ou moins prononcée.

Deuxième degré. — *Signes subjectifs.* — Ce sont les mêmes symptômes que précédemment, mais plus prononcés. En outre, la malade éprouve des douleurs gravatives dans la profondeur du bassin; elle sent très-distinctement, à l'entrée des parties génitales externes, un corps solide qui pèse sur la vulve, et semble prêt à s'échapper au moindre effort. Enfin, dans certaines circonstances, notamment à la suite de fatigues, de longues courses, de travaux pénibles, et pendant la période menstruelle, il survient, sous l'influence d'une fluxion utérine, de véritables épreintes vaginales et un ténesme de la vulve, qui excite à pousser et à expulser la tumeur.

La menstruation reste quelquefois normale, mais le plus souvent elle présente des irrégularités.

La compression exercée par l'utérus sur le bas-fond de la vessie et sur le segment inférieur du rectum apporte un obstacle à la miction et à la défécation.

Signes objectifs. — A la vue et au toucher, on peut facilement reconnaître le museau de tanche, ordinairement entouré d'un bourrelet formé par les parois du vagin (fig. 52). Le palper hypogas-

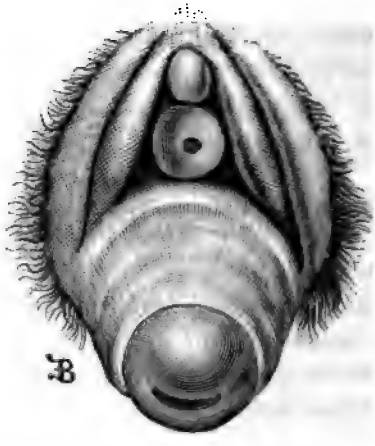

FIG. 52. — (Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.)

trique permet en même temps, chez certaines femmes maigres, de constater l'espèce de vide que laisse dans le bassin le déplacement de la matrice.

Troisième degré. — *Signes subjectifs.* — Ici les signes sont encore plus marqués, les tiraillements plus douloureux et les troubles fonctionnels plus prononcés. La vessie et le rectum étant entraînés avec la matrice, il en résulte, suivant Dugès et Boivin, un grand embarras pour la défécation et une extrême difficulté pour la miction; tandis que d'après Lisfranc ces fonctions s'accomplissent avec moins de gêne que dans le deuxième degré, le rectum et la vessie n'étant plus comprimés par l'utérus.

La progression est habituellement pénible, et quelques malades marchent courbées en avant. D'autres ont une tendance à la lipothymie, quand elles restent longtemps debout.

Signes objectifs. — L'utérus descend entre les cuisses, et forme une tumeur dont la longueur varie de 6 à 10 pouces, tantôt globuleuse ou ovoïde, étranglée à son origine ; tantôt conoïde, à base large et remplissant toute la vulve. Le vagin, entraîné par la matrice et renversé, enveloppe l'organe dans toute son étendue, à l'exception du museau de tanche. La partie supérieure de la tumeur renferme non-seulement l'utérus, mais encore ses annexes, qui l'ont suivi dans sa chute. L'extrémité inférieure est formée par le museau de tanche (fig. 53 et 54). La matrice peut rentrer aisément dans le vagin, soit

Fig. 53. — (Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.)

d'une manière spontanée quand la malade est couchée, soit en la refoulant avec la main au delà de la vulve, suivant l'axe du conduit vaginal. En déprimant fortement la paroi de l'abdomen au-dessus du pubis, on ne rencontre plus le relief globuleux formé par le fond de l'utérus ; un vide s'est produit dans la région qu'occupait cet organe.

La vulve est très-élargie, la fourchette effacée, la commissure postérieure très-distendue, le périnée aplati et réduit à un extrême degré d'amincissement.

Si la procidence est ancienne, la muqueuse vaginale qui recouvre l'utérus ainsi abaissé se dessèche et se flétrit : elle perd peu à peu sa coloration rosée et sa souplesse ; elle devient brunâtre et se durcit ;

en un mot, elle prend insensiblement les caractères de la peau. De telles modifications sont dues non-seulement au contact de l'air, mais encore au frottement des cuisses et des vêtements. Ces conditions, jointes à l'écoulement des urines et au passage des matières

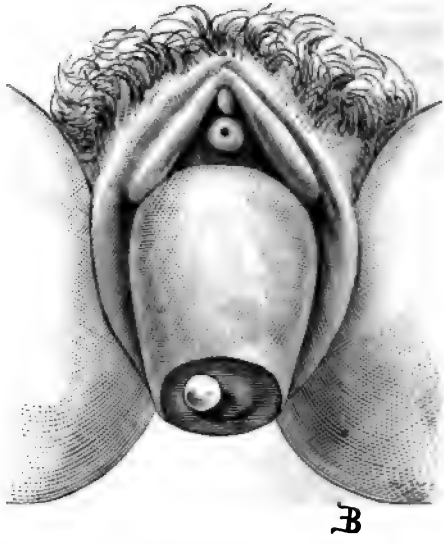

FIG. 54. — (Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.)

stercorales, irritent la tumeur, l'enflamment et souvent y produisent des excoriations : de là naissent, sur le museau de tanche ou sur la muqueuse vaginale, des ulcérations qui varient en étendue et en profondeur, et donnent lieu à de la suppuration.

COMPLICATIONS. — Le prolapsus utérin, à ses trois degrés, est souvent compliqué de métrite, et c'est à cette circonstance qu'il faut rattacher la leucorrhée, que la plupart des auteurs ont attribuée au déplacement lui-même.

Il se complique quelquefois aussi d'un engorgement de la matrice ou d'une phlegmasie péri-utérine.

Diverses tumeurs intra- ou extra-utérines, — corps fibreux, polypes, kystes ovariques, cancer, etc., — peuvent aussi se montrer concurremment avec le prolapsus de la matrice.

Mais la complication la plus fréquente est sans contredit l'allongement hypertrophique du col (fig. 55 et 56). Suivant M. Huguier,

ainsi que nous l'avons exposé dans le chapitre XII (p. 374) et au commencement du présent article (p. 559), la descente de la matrice ne serait même le plus souvent qu'un symptôme de l'élongation progressive du col utérin. Nous avons fait la part de ce qu'il y avait d'exagéré dans cette opinion. Mais il n'en est pas moins vrai que, depuis que l'attention des gynécologistes est fixée sur ce point, on a reconnu que l'allongement hypertrophique accompagne souvent le prolapsus, soit à titre de simple complication, soit, comme le veut M. Huguier, à titre de cause productrice. Cette fréquence de l'allon-

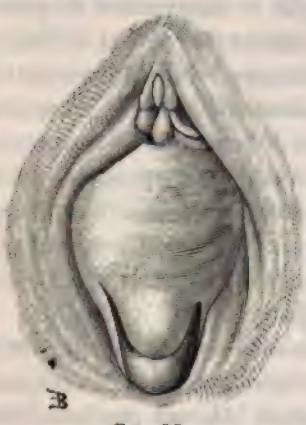

FIG. 55.

FIG. 56.

(Empruntées à l'atlas de Dugès et Boivin.)

gement dans le prolapsus, quelque grande qu'elle soit, ne doit pas empêcher de reconnaître qu'il existe des descentes utérines sans élongation de col. Ce fait a de l'importance sous le rapport du diagnostic.

Enfin, lorsque le prolapsus est considérable, lorsqu'il atteint le troisième degré, et que les parois vaginales sont très-affaiblies et relâchées, les cloisons vésico-vaginales et recto-vaginales, ayant perdu leur ressort, n'offrent plus un soutien suffisant à la vessie et au rectum, d'où la hernie de ces organes, la cystocèle et la rectocèle. La procidence du rectum s'observe aussi, mais plus rarement.

En même temps que l'utérus se porte en bas, il bascule presque toujours en arrière; de sorte que la rétroversion s'associe généralement au prolapsus. Les autres déviations le compliquent plus rarement.

Divers désordres fonctionnels, le défaut d'appétit, les mauvaises

digestions, la diminution ou la perte de l'embonpoint, sont parfois le partage des malades atteintes de prolapsus.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — Le plus souvent l'évolution du prolapsus utérin s'opère d'une manière progressive. L'organe s'abaisse peu à peu, en passant par les divers degrés que nous venons de décrire. Il est assez rare pourtant qu'il parvienne jusqu'au troisième, soit que la descente s'arrête spontanément, soit que l'art intervienne efficacement pour y mettre un terme. Dans tous les cas, le temps que met la matrice à accomplir ce mouvement de précipitation est très-variable; et l'on ne saurait rien établir de fixe, ni même d'approximatif, à cet égard. D'autres fois, comme nous l'avons déjà dit précédemment, la procidence de l'organe est subite, instantanée. Elle se produit alors, soit à l'occasion de manœuvres grossières exercées sur la matrice, soit à la suite d'une chute ou d'un effort violent qui a tout d'un coup relâché ou rompu les attaches de l'organe. Mais ces faits sont très-rares. On en trouve un exemple dans l'ouvrage de Dugès et Boivin, et un autre dans le mémoire de M. Huguier sur l'allongement hypertrophique.

Chez certaines malades, le prolapsus utérin est, pour ainsi dire, intermittent. L'organe reprend parfois spontanément sa place quand la malade est en repos et surtout quand elle est couchée. Dans quelques cas, cette réduction spontanée peut se maintenir un temps plus ou moins long, tandis que le plus souvent la descente se reproduit au moindre mouvement et au plus petit effort.

Quelques malades souffrent beaucoup à l'époque des règles. La fluxion utérine qui s'opère alors, en augmentant le poids et la sensibilité de l'organe, peut sans aucun doute produire une recrudescence des douleurs; pourtant nous croyons que ces accidents surviennent principalement quand il existe une complication inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes, et qu'ils sont dus à cette complication plutôt qu'au prolapsus.

L'un de nous fut appelé un jour, en toute hâte, auprès d'une femme de la campagne, atteinte depuis deux ans de prolapsus utérin au second degré, et qui, à la suite de travaux pénibles entrepris pendant une époque menstruelle, avait senti soudain la matrice tomber plus bas que d'ordinaire, en même temps qu'elle avait éprouvé des douleurs très-vives dans la région utérine et dans tout le bas-ventre. La vulve était très-tuméfiée; la partie herniée de la

matrice très-rouge et très-injectée; la muqueuse vaginale formait tout autour un bourrelet volumineux, très-rouge et très-turgescent. Toutes ces parties étaient tellement gonflées et tellement douloureuses que la malade se refusa d'abord aux tentatives de réduction. Il y avait là comme une sorte d'étranglement, comparable à celui du gland par un prépuce trop étroit dans le paraphimosis. On ne put en triompher aisément qu'après avoir tenu la malade plongée, pendant quelque temps, dans un bain de siége tiède et émollient.

Le prolapsus utérin n'a aucune tendance à guérir spontanément. Abandonné à lui-même, il ne fait, au contraire, que s'aggraver et acquérir de plus grandes proportions. Nous avons déjà signalé plus haut les modifications que subissent la muqueuse du museau de tanche et celle du vagin par suite des influences extérieures. Rousset et le docteur Elmer rapportent quatre observations de mortification partielle ou générale de l'utérus chez des femmes atteintes de prolapsus. Chez l'une de ces malades, l'autopsie permit de constater que la gangrène avait gagné le corps utérin, dont il restait à peine des vestiges.

Diagnostic. — Rien n'est plus facile à reconnaître qu'un prolapsus utérin, à l'aide de l'exploration directe, soit par le toucher, soit par le spéculum, quand la matrice n'est pas encore hors du vagin.

Cependant, ainsi que le fait observer Lisfranc, le premier degré de l'abaissement peut être confondu avec une grossesse commençante: de là, ajoute-t-il, la nécessité d'agir avec prudence, et de ne pas employer des moyens qui exposeraient à déterminer l'avortement. L'observation attentive de la malade et la marche ultérieure de l'affection ne pourront laisser longtemps subsister des doutes à cet égard. D'ailleurs, nous verrons bientôt que la grossesse peut exister avec un prolapsus utérin.

Nous avons dit plus haut que le prolapsus utérin s'accompagne assez souvent d'un allongement hypertrophique du col de la matrice. Il importe de distinguer les cas dans lesquels cet allongement existe et ceux dans lesquels le prolapsus est simple et dégagé de cette complication.

Quand il y a simultanément descente de la matrice et élongation du col, on constate à la fois les signes des deux lésions. Le corps de l'utérus, au lieu d'occuper sa position normale, est placé un peu plus bas, vers un point plus rapproché du plancher périnéal et de l'orifice

vulvaire. Le col présente de 2 à 8 centimètres de plus que dans l'état normal, de sorte que la mensuration de la cavité utérine avec l'hystéromètre donne 10, 12, 15 centimètres, et plus même.

Dans le prolapsus simple, sans hypertrophie longitudinale du col, le corps de la matrice est bien plus descendu que dans le cas précédent, et sa hauteur n'est pas augmentée. Ici encore le signe différentiel par excellence est fourni par le cathétérisme utérin. En effet, tandis que dans l'allongement hypertrophique, l'hystéromètre pénètre de 10 à 15 centimètres dans la cavité de la matrice, dans la descente simple, au contraire, le cathéter donne la mesure normale de 6 à 8 centimètres. D'ailleurs, par le toucher vaginal, on peut aisément apprécier la longueur plus grande du col dans l'hypertrophie longitudinale, longueur qui manque toujours dans la simple descente.

Une tumeur polypeuse, faisant saillie dans le vagin, pourrait en imposer pour une descente de l'utérus; mais, dans les cas de polype, il y a des métrorrhagies fréquentes; la matrice conserve souvent sa position normale; l'extrémité inférieure de la tumeur ne présente point la configuration particulière au museau de tanche; enfin, le pédicule du polype est circonscrit par les lèvres du col utérin.

L'invagination ou renversement de l'utérus se distingue du prolapsus par l'absence du museau de tanche et par l'aspect tomenteux et pointillé, tout à fait caractéristique de la muqueuse qui tapisse la face interne de l'organe. De plus, la tumeur a la forme d'une gourde; elle est globuleuse à sa base ou extrémité libre; cylindrique et légèrement étranglée, à la manière d'un pédicule, vers sa partie supérieure ou adhérente. Enfin, on ne peut parvenir, par les différents modes d'exploration, palper hypogastrique, toucher vaginal, toucher rectal, cathétérisme de la vessie, à constater la présence du corps de l'utérus ni dans la tumeur, ni dans l'excavation pelvienne.

On trouve, dans les annales de la science, des cas où un prolapsus au troisième degré avait fait croire à l'existence d'un hermaphrodisme. Il est avéré que quelques médecins inattentifs ou peu familiers avec l'anatomie se sont laissé tromper par la ressemblance grossière du museau du tanche et du gland. Aujourd'hui une erreur pareille serait impardonnable.

Pronostic. — Le prolapsus utérin n'est point une lésion grave; mais il constitue une incommodité désagréable, et quelquefois

même, quand il est au troisième degré par exemple, une infirmité repoussante. Il occasionne presque toujours une gêne plus ou moins grande pour les rapprochements sexuels; et, dans certains cas, assez rares d'ailleurs, en rendant l'imprégnation difficile, il peut devenir une cause de stérilité. Nous disons que ces cas sont assez rares, car la plupart des prolapsus étant réductibles quand la femme est en repos, le coït et la fécondation deviennent dès lors possibles.

Le pronostic est variable suivant le degré de l'abaissement; on comprend qu'il est d'autant plus fâcheux que le prolapsus est plus complet. Au troisième degré, la matrice, étant hors de la vulve, est exposée, comme nous l'avons dit, au contact de l'air, au frottement des cuisses et des vêtements; le museau de tanche s'enflamme, s'engorge et quelquefois se sphacèle, ainsi que l'utérus entier, comme nous l'avons dit en parlant des terminaisons.

Le pronostic varie encore suivant que le prolapsus est simple ou compliqué.

Ses complications les plus graves sont : la présence d'une tumeur du bassin, qui le rend irréductible; l'existence d'une métrite interne, qui est la source d'un écoulement leucorrhéique continuel et de douleurs plus ou moins intenses; la présence d'un polype, qui, par son poids, tend à augmenter sans cesse le degré d'abaissement; enfin celle d'un cancer du col, qui rend les malades un objet de dégoût pour elles-mêmes et pour les personnes qui les entourent.

§ II. — Du prolapsus dans l'état de gestation.

Nous avons dit déjà que la grossesse est compatible avec la descente de la matrice; mais il est de la plus haute importance que l'organe demeure réduit durant tout le cours de la gestation. Il arrive quelquefois que le prolapsus disparaît dans les premiers mois de la grossesse, par suite du mouvement ascensionnel de la matrice, et qu'il reparaît un peu plus tard.

Quelle est l'influence de cette dernière circonstance sur l'évolution de la grossesse? 1° Tantôt, l'utérus, abaissé au premier degré et enfermé dans le canal vaginal, se trouve trop à l'étroit pour continuer à se développer régulièrement, et il en résulte une fausse couche; 2° tantôt, la matrice, descendue au second degré, demeure fixée, partie dans le bassin, partie au dehors : Wagner et Chopart ont cité des faits de ce genre, où l'utérus aurait conservé cette po-

sition jusqu'à la fin de la grossesse ; 3° dans d'autres cas, enfin, l'utérus gravide est entièrement sorti du vagin; il prend alors l'apparence d'une tumeur énorme qui se développe progressivement entre les cuisses de la malade et devient un obstacle complet aux mouvements des membres inférieurs. Les fausses couches doivent être assez fréquentes dans les cas de ce genre; mais des auteurs dignes de foi ont rapporté des exemples de grossesses parvenues ainsi jusqu'à une époque voisine du terme normal, et nous avons eu nous-mêmes l'occasion d'en observer un cas.

Portal, au récit de Lisfranc, fut appelé auprès d'une femme primipare qui portait entre les cuisses une tumeur prodigieuse du volume d'un ballon : elle contenait un fœtus. Moreau, alors chirurgien de l'Hôtel-Dieu, accoucha cette femme d'une fille bien portante qui vécut deux ans. Lisfranc témoigne quelques doutes sur l'authenticité de ce fait.

THÉRAPEUTIQUE. — *Réduction.* — Lorsque l'abaissement de la matrice est simple et, quand il n'est qu'au premier ou au second degré, la réduction s'opère, en général, avec une grande facilité.

La malade étant placée dans le décubitus dorsal, le siége un peu élevé et les cuisses suffisamment écartées, on saisit la partie la plus saillante du col utérin avec trois ou quatre doigts et l'on repousse lentement l'organe tout entier dans le bassin, suivant l'axe connu du conduit vaginal, c'est-à-dire d'avant en arrière et de bas en haut, jusqu'à ce que la matrice ait repris sensiblement sa position normale.

Au troisième degré, on peut éprouver quelques difficultés, tenant, d'une part, à une procidence plus grande de l'utérus, à un renversement plus complet du vagin et à l'engagement de la vessie et du rectum dans la tumeur; et, d'autre part, à un état d'engorgement et de tuméfaction des parties. Dans ce cas, surtout s'il existe des douleurs assez vives, il est à propos, avant de procéder à la réduction et pour la rendre plus facile, d'employer au préalable des moyens capables de diminuer la sensibilité et la tuméfaction des tissus, et, en particulier, des fomentations émollientes, des lotions froides, des bains de siége, etc., etc.

Dans tous les cas, avant de faire des tentatives de réduction, on doit recommander aux malades d'uriner et d'aller à la garderobe, ou même d'évacuer le rectum au moyen d'un lavement émollient ou lé-

ent purgatif, de manière que l'utérus puisse entrer sans obs-
dans le bassin.

érus réduit, on prescrit aux malades, pendant quelques jours,
os au lit dans le décubitus dorsal, puis une vie calme et l'abs-
n de toute espèce de fatigue ou de grands mouvements muscu-
Rarement ces simples précautions suffisent pour que la réduc-
maintienne; le plus souvent, la chute utérine se reproduit,
que la malade se lève, ou bien à l'occasion d'un effort, d'un
l'une course, d'un mouvement violent, d'un cri, etc., etc.

tention. — Il a donc fallu recourir à des moyens mécaniques,
es à maintenir la matrice dans sa situation normale : tel est le
la plupart des instruments intravaginaux, dont nous avons fait
aut la mention.

nt de parler de leur application dans le prolapsus utérin, rap-
les indications générales que nous avons déjà posées.

appareils, étant destinés à se mettre en contact immédiat avec
du col utérin, ne doivent être appliqués que pour les dépla-
ts simples, absolument dépourvus de toute complication que
ntact pourrait aggraver. L'engorgement du col, les ulcérations
granulations du museau de tanche, la métrite interne, une
rrhagie, les phlegmasies péri-utérines, l'hématocèle péri-
e, l'hystéralgie, la vaginite, sont autant de lésions qui contre-
ent formellement l'emploi des instruments intra-vaginaux.

nd l'utérus se maintient réduit spontanément, on peut intro-
l'appareil, la malade étant debout; mais si la tumeur est volu-
se et qu'elle ait de la tendance à se montrer facilement à la
il vaut mieux opérer dans le décubitus dorsal, dans une posi-
emblable à celle qui a été décrite pour l'examen au spé-
.

assez grand nombre de praticiens ont encore recours à l'emploi
éponge, lorsque le déplacement est peu prononcé, que l'utérus
ou point hypertrophié et que les dimensions du vagin et sur-
e la vulve en permettent l'application. Dans des conditions
ables, ce moyen suffit, en effet; et il mériterait la préférence
instruments plus compliqués, s'il ne présentait les nombreux
vénients que nous lui avons reconnus plus haut avec Lisfranc
5).

ltefois on peut y recourir, à la condition que les malades pren-
ous les soins nécessaires pour prévenir ces inconvénients. Ces

soins consistent à retirer, tous les jours, l'éponge, pour la débarrasser, par le lavage, des impuretés qui s'y déposent, et à la renouveler, tous les quatre ou cinq jours, afin de ne pas lui donner le temps de s'altérer.

On peut, suivant le conseil de M. Scanzoni et d'autres auteurs, « charger l'éponge, s'il y a lieu, de substances astringentes, comme par exemple, d'une solution d'alun, de tannin, de perchlorure de fer », etc. On pourrait aussi bien l'enduire d'autres agents médicamenteux, émollients ou narcotiques, selon les besoins.

Mais, dans beaucoup de cas, l'éponge ne suffit pas, soit que le prolapsus soit trop marqué et l'utérus trop pesant, soit que le vagin et la vulve aient de trop grandes dimensions. Il faut alors employer les pessaires.

De tous les pessaires destinés au prolapsus, les meilleurs sont les pessaires de caoutchouc et à air. Ces pessaires réunissent, en effet, toutes les qualités désirables ; ils offrent au col utérin une surface lisse, polie, souple, molle, malléable, en quelque sorte, et incapable d'irriter les tissus; de plus, on peut à volonté augmenter ou diminuer leurs dimensions, suivant la capacité du conduit vaginal.

Pour combattre certains prolapsus rebelles, difficiles à maintenir, à cause de l'étendue de la lésion et du relâchement extrême des parois vaginales, les *hystérophores* doivent être préférés aux pessaires proprement dits.

Les hystérophores *à cuvette* (voir p. 543) sont ceux qui conviennent le mieux pour la contention de l'utérus dans les cas de descente et de prolapsus. Parmi les plus usités nous citerons celui de Roser, modifié par M. Scanzoni (fig. 46) et Charrière (fig. 47), ceux de Grandcollot (fig. 43), de Bourjeaurd (fig. 40) et de Borgniet (fig. 44). Ces deux derniers ont l'avantage d'être simples, d'un mécanisme peu compliqué, d'une application facile, et peu dispendieux.

Quel que soit le pessaire auquel on ait recours, il faut recommander aux malades qui le portent une grande prudence et des soins minutieux de propreté.

Dans les premiers jours, elles doivent éviter toutes les causes de fatigues, les courses, les longues marches, les grands mouvements, et prendre les précautions que nous avons recommandées précédemment dans nos généralités sur l'emploi des pessaires (p. 550).

En général, les pessaires doivent être retirés pendant la nuit, à

moins que le prolapsus ne détermine des souffrances même dans la position couchée.

Dans quelques cas, on peut se dispenser de l'emploi des appareils intravaginaux, et conseiller simplement l'application d'une pelote périnéale. On doit même donner la préférence à ce dernier instrument toutes les fois qu'il suffit à remplir les indications.

Tous les moyens de traitement que nous venons de faire connaître contre la descente de l'utérus, ne sont que simplement *palliatifs*, au moins dans la grande majorité des cas. Cependant on trouve, dans les auteurs et, en particulier, dans l'ouvrage de Dugès et de madame Boivin, des exemples de guérison définitive obtenue par l'usage simultané des moyens médicaux et du traitement mécanique, alors que le prolapsus était peu prononcé et de date récente. Nous avons nous-mêmes observé des exemples semblables.

Quant à la chute complète, le prolapsus au troisième degré avec renversement du vagin, on ne saurait espérer d'en triompher entièrement, ni par les médicaments, ni par les pessaires. Aussi, certains praticiens ont-ils proposé diverses opérations pour obtenir la *cure radicale* de cette fâcheuse infirmité.

Traitement chirurgical. — Ces opérations, dont le but est de fixer définitivement l'utérus et de s'opposer à sa chute, soit au moyen d'adhérences, soit par le rétrécissement artificiel du conduit vaginal, se rapportent à quatre méthodes générales : la *cautérisation*, l'*excision* et *l'oblitération partielle du vagin* ou *élytroraphie*, la *ligature* et *l'occlusion partielle de la vulve* ou *épisioraphie*.

La description de ces différentes opérations appartiennent aux traités de chirurgie et de médecine opératoire. Nous renvoyons donc nos lecteurs, pour les détails, aux ouvrages de Velpeau, Vidal (de Cassis), Malgaigne, Nélaton, Sédillot, Follin, etc.

Nous nous bornerons à une appréciation très-sommaire.

L'occlusion de la vulve, ou *épisioraphie*, proposée pour la première fois en 1833 par Fricke (de Hambourg), a échoué entre les mains des chirurgiens les plus habiles, Velpeau, Roux, Stoltz, etc.

Le rétrécissement combiné de la vulve et du périnée, ou *épisio-périnéoraphie*, a été pratiqué avec succès, en France par M. Stoltz, et en Angleterre par M. Baker Brown.

L'*élytroraphie* imaginée par Marshall-Hall, et modifiée successivement par Ireland, par Dieffenbach et par Velpeau, pratiquée aussi

plusieurs fois par Aug. Bérard et par M. Scanzoni, n'a pas mieux réussi que l'épisioraphie.

Différents procédés ont été mis en usage aussi pour produire le rétrécissement du vagin par une plaie suppurante et la formation d'un tissu cicatriciel rétractile. Romain Gérardin a proposé l'excision d'une zone de muqueuse vaginale tout autour de la tumeur; Laugier, la *cautérisation* avec le nitrate acide de mercure; Velpeau, avec le fer rouge; Selnow, avec l'acide sulfurique; B. Philipps, avec l'acide nitrique.

L'opération la plus usitée pour la cure radicale du prolapsus utérin est celle de M. Desgranges. Elle consiste à saisir, après la réduction de l'utérus, huit ou dix plis du vagin sur divers points avec de grosses serres-fines, et à laisser la malade couchée, le bassin légèrement élevé, jusqu'à la chute spontanée des serres-fines, dont on renouvelle deux ou trois fois l'application. « Ce procédé, dit M. Sédillot, compte plusieurs succès... M. Desgranges a fait connaître des guérisons persistant depuis plusieurs années, et le procédé est si simple et si peu dangereux, qu'on peut en faire hardiment usage. »

Un autre procédé d'oblitération partielle du vagin a été proposé par Pauly. Il consiste à introduire dans le vagin et à y maintenir deux pessaires ronds et durs, pendant un temps assez long pour provoquer l'inflammation ulcéreuse des parois vaginales, puis leur retrait par suite du travail de cicatrisation. Nous pensons avec M. Scanzoni que la réussite de ce procédé n'est jamais certaine, et que l'inflammation provoquée artificiellement peut se transmettre depuis le vagin jusqu'à la vessie, l'utérus et le péritoine. Le procédé de Pauly doit donc être proscrit d'une manière absolue.

Nous ne croyons pas devoir parler ici de l'amputation du col de la matrice, que M. Huguier a proposée, non contre l'abaissement simple, ainsi qu'on le lui a fait dire gratuitement, et bien à tort, mais contre l'allongement hypertrophique du col utérin, compliqué ou non de prolapsus. Cette opération a été décrite page 383.

ARTICLE III.

DES PROPULSIONS OU DÉPLACEMENTS EN AVANT, EN ARRIÈRE ET SUR LES CÔTÉS.

Ces sortes de déplacements constituent très-rarement une lésion simple et idiopathique; ils se rattachent presque toujours, soit à la présence d'une tumeur voisine qui repousse l'utérus en masse dans le sens opposé, soit à des adhérences péritonéales consécutives à une phlegmasie péri-utérine.

Les propulsions de l'utérus sont passagères ou permanentes, progressives ou rétrogrades, suivant la durée d'action de la cause qui les produit. Cependant ces lésions, de passagères qu'elles sont d'abord, peuvent devenir permanentes et persister après la disparition de la cause. Cela s'observe toutes les fois que l'influence de celle-ci a été assez prolongée pour déterminer la rétraction des ligaments utérins.

Quand il existe un de ces déplacements, il est aisé de le constater à l'aide du toucher vaginal; mais on doit s'appliquer à reconnaître la nature et le siége exact de la lésion qui en est la cause.

1° Le déplacement *en avant ou antépulsion* est la plus fréquente de ces lésions.

Elle est rarement simple; le plus souvent, en effet, elle s'accompagne d'un certain degré d'antéversion.

L'antépulsion reconnaît pour causes principales la présence de tumeurs développées derrière la matrice, telles qu'une hématocèle, un abcès, un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, un phlegmon rétro-utérin, un kyste de l'ovaire placé dans le cul-de-sac utéro-rectal, un épanchement du petit bassin, l'accumulation prolongée des matières stercorales dans le rectum, une tumeur de la paroi antérieure de cet intestin ou de la cloison recto-vaginale.

L'antépulsion est d'autant plus prononcée que la tumeur qui refoule l'utérus en avant est plus volumineuse.

L'antépulsion peut être occasionnée aussi par le raccourcissement ou la rétraction des ligaments antérieurs de la matrice ou par des adhérences et des brides péritonéales qui portent et fixent l'utérus

en avant. Mais cette dernière cause est rare dans l'antépulsion, tandis qu'elle est assez commune dans la rétropulsion.

L'antépulsion est passagère ou rétrograde dans l'hématocèle, dans les abcès retro-utérins, dans les tumeurs stercorales, dans les épanchements péritonéaux, parce que ces lésions ne durent qu'un temps assez court, et que l'utérus reprend sa position normale quand elles ont disparu. Mais l'antépulsion est permanente ou progressive dans les fibromes ou dans les kystes rétro-utérins, parce que ces lésions n'ont aucune tendance à guérir. Cependant une antépulsion passagère peut devenir permanente et persister après la disparition de la tumeur qui l'a produite, dans les cas où l'action de la cause a été assez prolongée pour déterminer la rétraction des ligaments antérieurs de la matrice. Les ligaments rétractés retiennent la matrice en avant, et le déplacement, de passager et de symptomatique qu'il était, devient permanent et idiopathique.

Dans l'antépulsion l'utérus est refoulé en masse contre le pubis, ce qu'il est facile de constater à l'aide du palper hypogastrique et du toucher vaginal.

Le toucher vaginal permet aussi de reconnaître si l'antépulsion est due à une rétraction simple des ligaments ou à la présence d'une tumeur rétro-utérine.

L'antépulsion s'accompagne généralement d'un certain degré d'antéversion.

L'utérus, dans l'antépulsion, comprime la vessie, s'oppose à la distension de cet organe et amène de fréquents besoins d'uriner.

2° Le déplacement *en arrière* ou *rétropulsion* est plus rare que l'antépulsion.

Tandis que l'antépulsion est produite le plus souvent par la présence d'une tumeur rétro-utérine, la rétropulsion est due le plus habituellement à des adhérences péritonéales et aux rétractions qui en résultent. Ces brides sont généralement la conséquence d'anciennes phlegmasies péri-utérines.

Dans des cas plus rares, la rétropulsion est causée par des tumeurs développées en avant de l'utérus, soit dans le tissu même de la vessie, soit dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Dans la rétropulsion l'utérus se porte vers la concavité du sacrum, refoulant le rectum en arrière et exerçant sur le vagin une traction plus ou moins prononcée.

Le col de la matrice étant retenu par ses insertions vaginales n'obéit pas aussi facilement que le corps au mouvement qui pousse l'organe en arrière; il s'ensuit que la rétropulsion s'accompagne toujours d'un degré très-marqué de rétroversion.

Par le toucher vaginal, on trouve le vagin allongé et le col de l'utérus plus éloigné de la vulve et de la symphyse pubienne que dans l'état normal.

Par le palper hypogastrique on constate également que l'utérus n'occupe plus sa situation ordinaire et que le corps de cet organe s'est éloigné du pubis et rapproché du sacrum.

Les symptômes de la rétropulsion offrent une telle ressemblance avec ceux de la rétroversion que nous ne croyons pas utile de les décrire à part.

3° Les déplacements *latéraux* ou *latéropulsions* reconnaissent pour lésions tantôt des tumeurs ovariques, tantôt des adhérences et des rétractions d'origine inflammatoire.

Quand la latéropulsion est causée par une tumeur ovarique, l'utérus se porte en masse du côté opposé à la tumeur. Lorsque la latéropulsion est due à des adhérences péritonéales ou pseudo-membraneuses, la matrice, au contraire, est attirée du côté de la rétraction.

Dans ces sortes de déplacements la matrice, au lieu d'occuper la partie médiane du bassin, se rapproche de l'une des parois latérales de l'excavation pelvienne. D'où résultent deux variétés de latéropulsiens : l'une *droite*, l'autre *gauche*.

Il est facile de constater, à l'aide du palper hypogastrique et du toucher vaginal que l'utérus a abandonné la ligne médiane pour se porter soit d'un côté, soit de l'autre.

Les propulsions ne réclament pas une médication spéciale. Si elles sont causées par des tumeurs pelviennes, c'est contre ces tumeurs qu'il faut diriger le traitement. Si elles sont occasionnées par des adhérences, il serait dangereux de chercher à les détruire.

CHAPITRE XIV.

DES DÉVIATIONS.

DÉFINITION. — Nous avons défini les *déviations* des changements survenus dans la direction de l'utérus, soit par rapport à l'axe du bassin, soit par rapport à son axe propre.

DIVISIONS. — De là, deux sortes de déviations : les *versions* et les *flexions*, que nous allons étudier successivement.

DES VERSIONS OU INCLINAISONS.

VARIÉTÉS. — Les *versions* ou *inclinaisons* sont de plusieurs espèces, suivant le sens dans lequel penche la matrice :

1° En avant. — *Antéversion.*

2° En arrière. — *Rétroversion.*

3° Sur les côtés. — *Latéroversions* { droite, gauche.

ARTICLE PREMIER

DE L'ANTÉVERSION.

DÉFINITION. — Pour nous, il y a antéversion toutes les fois que l'utérus, sensiblement porté en avant, forme, avec l'axe du bassin, un angle plus ou moins ouvert, dont le sinus regarde en avant et en bas.

FRÉQUENCE. — L'antéversion est la plus fréquente des inclinaisons. Cela est aisé à comprendre si l'on se rappelle que, dans l'état normal, l'utérus est toujours légèrement porté en avant, suivant l'axe du détroit supérieur. L'antéversion peut donc être considérée comme l'exagération de la direction physiologique de l'organe. Aussi est-il bien difficile de dire quel est le point précis où finit l'état normal et où commence la lésion ou l'état pathologique.

ÉTIOLOGIE. — Plusieurs des causes que nous avons énumérées dans nos généralités sur les lésions mécaniques de la matrice, peuvent donner lieu à l'antéversion. Mais il ne serait pas facile, dans l'état actuel de la science, de déterminer exactement quelles sont

celles de ces causes qui agissent plus spécialement pour produire ce genre de déviations. Tout ce que les auteurs ont dit à cet égard ne nous a paru ni bien rigoureux ni très-satifaisant; nous sommes donc obligés de reconnaître qu'il règne encore, sur ce point, une obscurité difficile à dissiper. Cependant, on peut dire, d'une manière générale, que toutes les influences capables d'exagérer l'inclinaison normale de l'utérus en avant doivent être considérées comme des causes directes d'antéversion.

Les corps fibreux développés dans la paroi antérieure de la matrice et qui font basculer l'organe en avant, les tumeurs rétro-utérines (phlegmons, pelvi-péritonite, kystes, hématocèles, matières fécales), qui pressent sur l'utérus d'arrière en avant et le repoussent contre le pubis, le relâchement des cordons utéro-sacrés et le retrait des ligaments antérieurs, les adhérences établies entre l'utérus et la paroi postérieure de la vessie: telles sont les causes les plus fréquentes d'antéversion. Les adhérences de la lèvre postérieure du col utérin avec la paroi opposée du vagin peuvent aussi, d'après quelques auteurs, porter l'utérus en avant.

Nous ne croyons pas devoir insister sur d'autres causes qui, n'ayant rien de spécial à l'antéversion, ont trouvé leur place dans l'étiologie générale des lésions mécaniques (chapitre XXII, p. 517).

Degrés. — L'antéversion est plus ou moins prononcée et présente trois degrés principaux.

Dans le premier degré, l'utérus est un peu plus incliné en avant que dans l'état normal.

Dans le deuxième degré, la position de l'utérus est horizontale.

Enfin, dans le troisième degré, la matrice est renversée en avant au point que le fond est plus bas que le col, disposition qui donne à l'organe une direction oblique d'arrière en avant et de haut en bas en partant du col.

Symptomatologie. — I. *Signes subjectifs.* — Indépendamment des phénomènes communs à tous les déplacements utérins, et que nous avons fait connaître dans nos généralités (douleurs, tiraillements, pesanteur anale, etc.), l'antéversion provoque, du côté de la vessie et du rectum, quelques désordres spéciaux, qu'il est utile de signaler et qui, d'ailleurs, s'expliquent aisément.

Suivant les degrés de la déviation, l'utérus se trouve dans une po-

sition plus ou moins horizontale, de manière que le fond de l'organe correspond à la vessie, et le museau de tanche à la fin du gros intestin.

Le fond de la matrice comprime et irrite la vessie, rétrécit son calibre et rend ainsi plus fréquents et plus impérieux les besoins d'uriner. Quelquefois, mais assez rarement, l'antéversion est portée au point

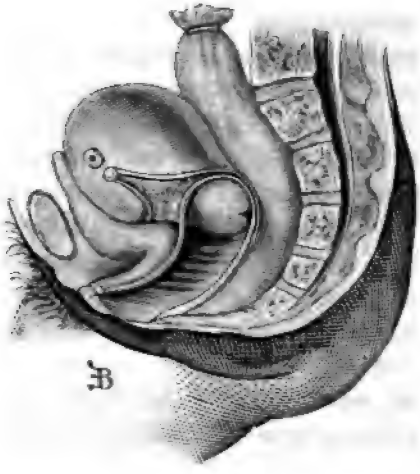

Fig. 57. — Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.

que l'utérus va comprimer le col vésical et même le canal de l'urèthre, et produit ainsi un obstacle complet à l'émission de l'urine. Cependant, cet accident ne survient, en dehors de la grossesse, que lorsque l'utérus a subi une augmentation de volume.

Le col de la matrice est en rapport, avons-nous dit, avec la paroi antérieure du rectum, qu'il déprime de manière à rétrécir plus ou moins son calibre. On peut avec le doigt, porté dans cet intestin, sentir la saillie de cette portion de l'utérus. C'est à cette circonstance qu'il faut attribuer la gêne de la défécation qu'éprouvent certaines malades. Chez quelques-unes même, atteintes de métrite, la défécation s'accompagne de douleurs dues au frottement du museau de tanche au moment du passage des matières fécales endurcies.

La plupart des auteurs sont d'avis que, quand le museau de tanche est très-fortement appliqué contre la paroi postérieure du vagin, l'orifice externe de la matrice se trouvant comme oblitéré, il en résulte un obstacle plus ou moins grand à l'écoulement des liquides fournis par la muqueuse utérine; et ils en ont conclu que l'anté-

version peut être une cause de dysménorrhée et même d'aménorrhée. On a même cité des cas où le sang cataménial, retenu et accumulé dans la cavité de la matrice, avait distendu l'organe au point de former une tumeur saillante dans le vagin. On a encore admis que l'antéversion, apportant aussi une gêne mécanique à l'écoulement des pertes blanches, provoque de vives souffrances et des douleurs expulsives au moment où l'utérus fait effort pour se débarrasser de ces produits de sécrétion.

Ces phénomènes s'observent, en effet, chez quelques malades atteintes d'antéversion; mais nous ne saurions les rattacher à cette lésion. Nous les avons toujours vus dépendre des altérations concomitantes, et plus particulièrement de la métrite interne et des rétrécissements du conduit utérin. D'ailleurs, il répugne d'admettre que la simple application du museau de tanche contre la paroi vaginale suffise pour opposer une barrière infranchissable à l'écoulement des menstrues et de la leucorrhée.

Quand l'antéversion est portée à un tel degré, que l'utérus conserve encore sa direction vicieuse lorsque la malade est couchée, cette lésion peut apporter un obstacle sérieux à la fécondation; car le museau de tanche, restant appliqué fortement contre la paroi vaginale, pendant les rapports sexuels, on conçoit que le fluide spermatique ne puisse parvenir jusque dans la cavité utérine.

II. *Signes objectifs.* — Les phénomènes que nous venons d'énumérer ne peuvent que faire soupçonner l'antéversion; mais, pour arriver à la certitude, il faut recourir à l'exploration directe.

Par le toucher vaginal, on constate que le cul-de-sac antérieur est effacé; là, derrière le pubis, on rencontre une tumeur formée par le corps de l'utérus, plus ou moins penché en avant. Tantôt il est très-obliquement dirigé de haut en bas et d'arrière en avant, tantôt dans une position tout à fait horizontale; d'autres fois, enfin, il dépasse même l'horizontale et bascule au point d'affecter une direction oblique de bas en haut et d'avant en arrière. De là, les trois degrés d'antéversion que nous avons précédemment admis.

Au lieu de trouver tout le museau de tanche au fond du conduit utéro-vulvaire avec la forme qu'on lui connaît, on rencontre, d'abord et seulement, le relief de la lèvre antérieure, qui est devenue inférieure. Le museau de tanche regarde le rectum; il est appliqué contre la paroi postérieure du vagin; et, pour l'explorer tout entier, il faut déprimer cette paroi avec le doigt et introduire celui-ci dans

le cul-de-sac vaginal postérieur. On sent alors successivement l'orifice utéro-vaginal, puis la lèvre postérieure, qui est devenue supérieure, et enfin le fond du cul-de-sac postérieur.

Pour bien apprécier toutes ces particularités, il est utile de toucher la malade debout; car, ainsi que nous l'avons dit, il arrive quelquefois que la position horizontale suffit pour effacer l'antéversion.

En combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, on peut saisir, en quelque sorte, l'utérus entre les doigts, et bien déterminer ainsi la position, le volume, la forme et la consistance de cet organe. Si, avec le doigt introduit dans le vagin, on soulève la matrice, celle-ci va heurter contre la paroi du bas-ventre, et le choc est transmis à la main qui déprime cette paroi : de même, on perçoit, avec le doigt placé dans le vagin, les mouvements imprimés à l'utérus par la main appliquée sur l'hypogastre.

Nous avons déjà dit que, par le toucher rectal, on peut toujours constater le relief du col utérin dans la dernière portion du gros intestin.

L'examen au spéculum, pratiqué suivant les règles que nous avons exposées (page 60), ne nous apprend rien sur la position du corps de l'utérus; il nous indique seulement la situation, la direction du col, ainsi que l'aspect de sa surface, qu'on trouve souvent engorgée et parsemée d'érosions ou de granulations.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — L'antéversion débute ordinairement d'une manière lente, et s'établit progressivement. Chez beaucoup de malades elle ne détermine aucun trouble fonctionnel, à moins d'être portée à un très-haut degré ou compliquée de quelque autre lésion. Si l'on ne remédie à l'antéversion, elle a, comme la plupart des lésions mécaniques de l'utérus, une tendance continuelle à s'accroître, à se prononcer de plus en plus, jusqu'à ce que l'organe ait atteint le maximum d'inclinaison où il peut parvenir. On ne saurait donc assigner à l'antéversion d'autres limites que celles que peut y apporter un traitement convenablement dirigé. Cependant on a observé des cas de guérison spontanée.

L'antéversion ne persiste pas toujours au même degré. Différentes causes peuvent la faire varier dans un temps plus ou moins long. Ainsi elle diminue quelquefois sensiblement, mais d'une manière toute passagère, quand la malade est dans le décubitus dorsal ou

lorsque la vessie, distendue par l'urine, redresse la matrice et tend à la repousser en arrière.

Une grossesse intercurrente peut corriger une antéversion.

Non-seulement l'utérus se redresse parfois spontanément, mais il peut encore outrepasser la direction de son axe normal et s'incliner en arrière. Nous avons observé quelquefois cette transformation de l'antéversion en rétroversion; Amussat, Valleix et M. Hervez de Chégoin en ont aussi rapporté des exemples.

Complications. — L'antéversion, ainsi que la plupart des déviations utérines, tantôt est simple, tantôt se complique, soit de métrite du col, soit de métrite interne, soit encore de phlegmasies péri-utérines: et c'est, nous le répétons, à ces dernières lésions qu'il faut ordinairement rapporter les douleurs qui accompagnent quelquefois l'antéversion. Cette affection peut aussi coexister avec des tumeurs utérines ou rétro-utérines, qui jouent presque toujours, par rapport à la déviation, non pas seulement le rôle de complications, mais aussi, et surtout, celui de causes déterminantes, comme nous l'avons exposé dans l'étiologie.

Diagnostic. — Après l'emploi méthodique du toucher, il est bien difficile de conserver des doutes sur la nature de la lésion, et sur le sens de la déviation. Nous dirons cependant que l'antéversion a été confondue quelquefois avec un calcul vésical, une tumeur de la paroi postérieure de la vessie, une tumeur fibreuse de la paroi antérieure de la matrice ou un phlegmon anté-utérin.

Tous les auteurs ont rappelé le fait, cité par Levret, d'une antéversion prise pour une pierre dans la vessie. Pour éviter une erreur aussi regrettable, on peut combiner le cathétérisme de la vessie, soit avec le toucher vaginal, comme le veut Amussat, soit avec le toucher rectal, comme le veut Malgaigne; ou bien on a recours en même temps au toucher vaginal et au palper hypogastrique, suivant le conseil de Velpeau, et comme nous avons l'habitude de le faire nous-mêmes depuis longtemps. Enfin on peut, à l'exemple de Lisfranc, pratiquer simultanément le cathétérisme et l'auscultation de la vessie.

Les trois premiers moyens serviront aussi à diagnostiquer une antéversion d'avec une tumeur de la paroi postérieure de la vessie.

Ajoutons, d'ailleurs, que, dans les cas de calcul urinaire, comme dans ceux de tumeur vésicale, il y a, indépendamment des signes fournis par l'exploration directe, des phénomènes particuliers à ces affections, des troubles spéciaux dans la miction, et surtout des altérations physiques et chimiques de l'urine, qu'on ne rencontre pas dans l'antéversion.

On distingue une antéversion, soit d'une tumeur de la paroi antérieure de la matrice, soit d'un phlegmon anté-utérin, aux signes suivants. — Dans l'antéversion on sent, par le toucher vaginal, la paroi antérieure de l'organe, qui est légèrement convexe, lisse, sans relief et sans sillon, un peu dépressible, présentant, en un mot, tous les caractères qui appartiennent au tissu propre de la matrice; enfin, si l'on explore, soit par l'hypogastre, soit par le rectum, on ne trouve nulle part le corps utérin, qui est, comme nous l'avons dit, caché derrière le pubis. Mais, si l'on a affaire à une tumeur anté-utérine, on la reconnaît à sa forme arrondie, à sa consistance ferme, au sillon qui la sépare de l'utérus, dont on trouve le corps au-dessus du pubis et derrière la tumeur.

Chez quelques malades, pourvues d'un embonpoint excessif, on ne peut suffisamment déprimer les parois abdominales pour atteindre l'utérus : on comprend combien le diagnostic offre alors de difficultés.

Dans certains cas, le toucher rectal, soigneusement pratiqué, fournit des renseignements utiles; mais, dans d'autres cas, le diagnostic est tellement douteux qu'il devient urgent de recourir au cathétérisme intra-utérin.

C'est un procédé qu'on ne doit employer qu'avec une extrême réserve lorsqu'on le juge tout à fait indispensable, et après s'être bien assuré qu'il n'existe pas un commencement de grossesse. Il faut avoir bien soin d'introduire la sonde suivant la direction présumée de la matrice, de la pousser avec ménagement, et de redresser doucement l'organe au fur et à mesure que l'instrument s'avance dans la cavité utérine.

Pronostic. — Valleix déclare que l'antéversion est plus difficile à guérir que toutes les autres déviations utérines, sans en excepter l'antéflexion (Leçons orales, *Gaz. des hôp.*, 1852, p. 286). Pour nous, qui attribuons une médiocre importance aux déviations simples et idiopathiques, tout en reconnaissant que le degré et l'ancienneté de

la lésion ne sont pas sans influence sur le pronostic, nous dirons que la gravité de l'antéversion, comme celle des autres déviations, est surtout subordonnée à la nature de la cause et à celle des affections concomitantes.

Une antéversion qui est causée et entretenue par une rétraction des ligaments antérieurs de l'utérus, ou par des adhérences péritonéales, ou par une tumeur solide et de mauvaise nature, est plus grave, plus difficile à guérir qu'une antéversion déterminée par un relâchement des ligaments postérieurs, ou par la présence, derrière l'organe, d'une tumeur liquide qu'une simple ponction peut faire disparaître.

L'antéversion compliquée de métrite interne ou de phlegmasies péri-utérines est d'un pronostic plus fâcheux que celle que complique une simple métrite granuleuse du col.

Il est presque inutile d'ajouter que, plus la déviation est prononcée, plus les fonctions utérines, et en particulier la fécondation, sont gênées. Enfin, plus la lésion est ancienne, plus elle est difficile à réduire et réfractaire aux moyens de traitement, soit palliatifs, soit curatifs.

THÉRAPEUTIQUE. — Ici, comme pour toutes les lésions mécaniques de la matrice, le traitement comprend deux séries de procédés : les uns relatifs à la réduction, les autres propres à la contention.

Après avoir, autant qu'on le peut, ramené la matrice dans sa direction normale, on doit employer les moyens susceptibles de l'y maintenir.

I. *Réduction.* — Pour réduire l'utérus incliné en avant, la malade doit être couchée sur le dos; et l'opérateur, pressant d'une main sur l'hypogastre, de manière à refouler l'organe en arrière, ramène le col de la matrice en avant avec l'indicateur de l'autre main introduit dans le vagin, et fait exécuter à l'utérus un mouvement de bascule inverse à celui qu'il avait subi primitivement. Quelquefois ce procédé est insuffisant; et, malgré la manœuvre la plus habile, on ne peut réduire l'antéversion; il faut employer alors la sonde utérine, avec toutes les précautions que nous avons recommandées. Pour l'introduire, on tourne sa concavité en avant, puis on pousse doucement son extrémité supérieure dans la cavité utérine de bas en haut et d'arrière en avant, suivant la direction même de la déviation. Quand la sonde a pénétré dans la cavité du corps, on essaye de redresser la

matrice en relevant seulement l'extrémité inférieure de l'hystéromètre vers la commissure supérieure de la vulve. Ce mouvement d'élévation a pour résultat de ramener la matrice en arrière.

Quand le cathétérisme est bien supporté, on peut, en le répétant de temps en temps, sinon guérir l'antéversion, du moins la corriger sensiblement.

II. *Contention.* — Des moyens contentifs le plus simple et le plus anciennement employé, c'est la position. Nous avons dit que, dans certaines déviations la matrice, conservant une extrême mobilité, reprend sa direction physiologique sitôt que la malade est couchée. Le décubitus dorsal convient donc aux malades atteintes d'antéversion. Néanmoins, nous ne saurions considérer la position comme un véritable mode de traitement : c'est simplement un moyen adjuvant, auquel il faut recourir surtout lorsque les malades sont incommodées par la marche ou par la station verticale.

Dans un certain nombre de cas, les malades se trouvent soulagées par l'application d'un simple bandage de corps autour du bas-ventre. La ceinture hypogastrique est un moyen préférable encore, et qui réussit aussi plus souvent. L'action de cette ceinture a été diversement interprétée par les auteurs : suivant les uns, elle agit en soutenant le poids des intestins; suivant les autres, en refoulant la matrice en arrière; mais nous pensons que l'efficacité de cet appareil est due à ces deux causes et aussi à ce qu'il immobilise l'organe.

Les pessaires ordinaires agissent principalement en soutenant l'utérus, en l'empêchant de peser douloureusement sur les organes voisins ou de tirailler les tissus environnants. Mais, en général, le soulagement que les malades éprouvent est de courte durée; le pessaire finit par produire de la gêne, réveiller de nouvelles douleurs ou même déterminer des accidents plus sérieux, qui contraignent à renoncer à leur emploi.

Les redresseurs intra-utérins ont été préconisés pour l'antéversion, comme pour les autres genres de déviation, par Meyer (de Berlin), qui se sert d'une petite éponge surmontée d'une tige de baleine, par Kiwisch, Simpson et Valleix, qui emploient des instruments plus compliqués (fig. 49 et 50). Valleix affirme qu'à l'aide de son redresseur il a obtenu un grand nombre de guérisons définitives, après dix-huit jours d'application, en moyenne. Nous avons dit dans nos généralités (p. 554-556) ce que nous pensons de l'usage des pessaires intra-utérins; nous n'y reviendrons pas maintenant; car

il est clair que ce mode de traitement présente toujours les mêmes inconvénients et les même dangers, quels que soient la nature et le degré de la déviation.

Ici, nous ne saurions trop répéter ce que nous avons dit plus haut: le premier soin du médecin doit être de s'assurer s'il existe quelque affection concomitante, métrite, phlegmasies péri-utérines, hystéralgie, etc., et de commencer par combattre ces maladies qui, à nos yeux, sont toujours les plus sérieuses, les plus importantes, et celles d'où dérivent la plupart des douleurs et des accidents dont se plaignent les malades. On ne traitera directement l'antéversion que lorsque les moyens mécaniques pourront être employés sans péril, et qu'ils seront susceptibles de procurer un véritable soulagement aux malades sans risquer d'aggraver leur état.

Nous conseillons alors d'appliquer d'abord les moyens les plus inoffensifs, les appareils les plus simples, et, avant tous les autres, la ceinture hypogastrique, avec ou sans pelote périnéale, en se conformant aux préceptes énoncés dans le chapitre XXII (p. 548). Si la ceinture hypogastrique ne suffit pas, on essayera, soit les pessaires à levier de Hodge, soit les pessaires à air de diverses formes, globuleux ou annulaires; et si ces appareils sont insuffisants, on aura recours aux pessaires en bilboquet, ou mieux encore aux hystérophores, notamment à ceux dont la cuvette mobile permet de changer la direction vicieuse de la matrice (fig. 38, 39, 49).

Nous répétons que les accidents que nous avons vus se développer à la suite de l'introduction et du séjour des redresseurs utérins nous font un devoir de ne pas en recommander l'usage.

D'ailleurs, il n'est pas rare que les malades atteintes d'antéversion cessent d'éprouver des malaises ou de ressentir des douleurs, quand on a eu soin de les débarrasser, au préalable, de l'affection utérine ou péri-utérine qui accompagne le plus souvent la déviation.

Les toniques, les amers, les ferrugineux et l'hydrothérapie, les eaux thermales, les bains de mer, ne sont, à nos yeux, que des moyens auxiliaires ou plutôt complémentaires, auxquels on doit toujours soumettre les malades pour combattre certaines dispositions générales, telles que l'anémie, la chlorose, le lymphatisme et différents troubles de l'innervation.

ARTICLE II.

DE LA RÉTROVERSION.

DÉFINITION. — L'utérus est en *rétroversion* lorsque l'organe, incliné en arrière, au lieu de suivre la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin, forme avec cet axe un angle dont le sinus regarde du côté du sacrum.

Dans la rétroversion, comme dans l'antéversion, la totalité de la matrice a subi un mouvement de bascule ou de rotation, autour d'un axe fictif horizontal, qui la traverserait de droite à gauche au niveau de l'union du col avec le corps; de sorte que le museau de tanche est porté en avant et en haut, en même temps que le fond de l'utérus est dirigé en arrière et en bas.

DEGRÉS. — Ce mouvement de rotation peut être plus ou moins étendu, plus ou moins complet : de là, dans la rétroversion, différents degrés, qui sont mesurés par l'ouverture de l'angle que forme l'axe de la matrice avec l'axe du détroit supérieur.

Nous distinguons trois degrés principaux, entre lesquels il existe des degrés intermédiaires.

Dans un premier degré, la matrice est obliquement dirigée de haut en bas et d'arrière en avant; elle s'est écartée de la direction de l'axe du droit supérieur, de manière à former avec lui un angle aigu dont le sinus regarde directement en haut; dans ce cas, le fond de l'organe correspond à peu près au niveau de l'angle sacro-vertébral.

Dans un second degré, la matrice est horizontalement couchée dans le bassin; elle forme avec l'axe du détroit supérieur un angle droit ouvert en haut et en arrière; et son fond est situé plus bas que le promontoire.

Dans un troisième degré, l'utérus est obliquement dirigé de bas en haut et d'arrière en avant; il forme avec l'axe du détroit supérieur un angle obtus ouvert directement en arrière, vers la courbure du sacrum. Le museau de tanche est plus élevé que le fond, qui regarde vers le coccyx.

Nous reviendrons sur ces divisions à propos des signes physiques de la rétroversion.

Étiologie. — Les auteurs s'accordent volontiers pour reconnaître que la condition anatomique essentielle, nécessaire à la production de la rétroversion, c'est une distension, un relâchement ou une éraillure des ligaments qui portent et retiennent l'utérus en avant.

Les influences capables de produire l'allongement des ligaments antérieurs de la matrice sont donc autant d'agents de rétroversion.

Indépendamment des causes communes aux déviations utérines, telles que les efforts violents, les courses longues et forcées, le saut, l'équitation, les chutes sur le bassin, les coups sur l'hypogastre, les excès de coït, etc., etc., la rétroversion reconnaît encore des causes plus directes, et que nous pourrions nommer anatomiques; telles sont : la rétraction des ligaments postérieurs de l'organe, les tiraillements exercés par des adhérences ou des brides péritonéales, vestiges d'une phlegmasie plus ou moins ancienne; l'habitude du décubitus dorsal, une tumeur intra-utérine, un polype, un corps fibreux de la paroi postérieure, dont le poids entraîne l'organe en arrière et en bas; un kyste ovarique faisant relief au-devant de la matrice; une tumeur développée dans la paroi postérieure de la vessie ou dans la cloison utéro-vésicale, la distension de la vessie par un calcul volumineux, la rétention habituelle de l'urine, etc., qui agissent en refoulant progressivement en arrière le corps de l'utérus.

La rétention d'urine serait, aux yeux de Denman, de Callisen, de Boër et de Sibergundi, la plus puissante des causes déterminantes de la rétroversion; mais, comme le font observer judicieusement Dugès et madame Boivin, il est, dans ce cas, bien difficile de distinguer la cause de l'effet; « car, disent-ils, si la distension de la vessie peut faire basculer l'utérus, cette bascule, une fois opérée, contribue fortement à arrêter le cours de l'urine, à la retenir dans la vessie forcément soulevée au-dessus du pubis et dont le col, ainsi que l'urèthre, est comprimé derrière la symphyse pubienne. »

Les auteurs que nous venons de citer font jouer un rôle important à la grossesse qui, en augmentant les dimensions et le poids de la matrice, et en modifiant ses rapports anatomiques, amène des conditions favorables à la production de la rétroversion. L'influence de la grossesse serait aidée encore, suivant Callisen, et suivant Dugès et madame Boivin, par un certain degré d'étroitesse du bassin, et surtout par une saillie fort proéminente de l'angle sacro-vertébral. Ces dispositions anatomiques, en s'opposant à l'élévation, au redres-

rieur plus effacé que dans le cas précédent. La paroi postérieure de l'utérus, au lieu d'être horizontale, regarde obliquement en bas et en avant; le fond de l'organe ne forme pas une saillie aussi prononcée dans le rectum; il proémine plus bas et se rapproche davantage de l'anus (fig. 58).

Nous indiquerons les résultats fournis par le cathétérisme utérin à propos du diagnostic.

Quand on examine au spéculum un utérus ayant la direction normale, c'est la lèvre antérieure qui se présente d'abord dans le champ de l'instrument. Dans un faible degré de rétroversion, c'est la lèvre antérieure qui apparaît encore la première; mais le reste du museau de tanche se montre plus vite que dans l'état normal. A un degré plus avancé, le col utérin, se trouvant dans la direction de l'axe du vagin, vient se placer immédiatement dans le champ du spéculum, et l'on aperçoit d'emblée la totalité du museau de tanche. Mais, dans la rétroversion à son plus haut degré, la lèvre postérieure, et même la face postérieure du col utérin, se présente d'abord; de sorte qu'il faut faire basculer légèrement l'instrument, en refoulant la commissure postérieure de la vulve, pour découvrir successivement l'orifice utéro-vaginal et la lèvre antérieure, en un mot, pour saisir le col de la matrice.

A propos de l'antéversion, nous avons dit par quel procédé on parvient à saisir tout de suite le col utérin. C'est par un mécanisme analogue qu'on peut y arriver dans les cas où l'organe est en rétroversion.

Il faut se bien garder d'attacher une trop grande importance aux signes fournis par le spéculum. Cet instrument, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, ne nous permet d'apprécier que l'état anatomique et la position du col de la matrice; mais il ne peut nous faire connaître d'une manière exacte la direction générale de l'organe.

Complications. — Nous avons dit, dans les généralités, combien étaient rares les déviations simples; elles s'accompagnent fréquemment de quelque autre affection de la matrice ou de ses annexes. La plupart des auteurs sont d'accord aujourd'hui sur ce point.

Parmi les états morbides qui peuvent compliquer la rétroversion, nous mentionnerons spécialement, comme les plus importants, et

aussi les plus ordinairement méconnus, la métrite interne, les phlegmasies péri-utérines, et l'hypérémie des ligaments larges.

La métrite interne s'annonce par des symptômes que nous avons fait connaître dans le chapitre consacré à l'étude de cette affection, notamment par des douleurs et de la leucorrhée, que beaucoup de médecins attribuent, bien à tort, à la déviation elle-même.

La complication d'une phlegmasie péri-utérine ou d'une hypérémie des ligaments larges, est presque toujours signalée par la présence d'un engorgement dans le voisinage de l'utérus, et par la prédominance des douleurs dans le point correspondant.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — La rétroversion peut, au dire de quelques auteurs, débuter d'une manière brusque et soudaine. Nous n'en avons point observé d'exemples authentiques; mais en a été rapporté par Hunter, Desgranges et Baudelocque. Lisfranc affirme aussi avoir rencontré des cas de rétroversion survenue d'emblée, à l'occasion de chutes ou d'efforts violents. « On a présumé, ajoute-t-il, que la déviation est survenue subitement parce que les femmes qui ne souffraient pas antérieurement, éprouvent tout à coup des douleurs violentes, et parce que, d'ailleurs, en redressant l'organe, on fait ordinairement cesser presque immédiatement tous les accidents. »

Il ne faudrait pas être trop sévère en démonstration pour se laisser convaincre par un semblable raisonnement. En effet, de ce que, chez une femme qui ressent des douleurs vives, à la suite d'une chute ou d'un effort, on trouve l'utérus basculé en arrière, peut-on rigoureusement conclure que la rétroversion vient de s'effectuer, de se produire sur-le-champ? Nous ne le pensons pas; car on est tout aussi bien autorisé à admettre que la rétroversion existait déjà, à un certain degré, d'une manière latente et sans douleurs, avant l'accident, et que la chute n'a fait qu'en révéler l'existence ou la rendant douloureuse ou en exagérant son inclinaison. On doit donc, suivant nous, considérer comme possibles, plutôt que comme démontrées, les rétroversions subites, brusques, de la matrice.

Nous croyons, comme plus conforme à l'observation des faits, que la rétroversion, dans la très-grande majorité des cas, se produit d'une manière lente et progressive, et que ce n'est que par degrés que l'utérus arrive au point où l'inclinaison devient une gêne pour

ses fonctions, une incommodité douloureuse pour les malades, en un mot une infirmité incompatible avec l'état de santé et l'intégrité des phénomènes utérins.

Nous avons déjà dit précédemment que la rétroversion ne se présente pas constamment au même degré sur la même malade. Il y a, en effet, des circonstances, mais toutes passagères, qui peuvent faire varier momentanément l'inclinaison de l'utérus; tels sont, d'une part, le décubitus dorsal et la distension de la vessie par une grande quantité d'urine, qui exagèrent la déviation; et, d'autre part, le décubitus abdominal et l'accumulation des matières fécales dans l'ampoule rectale, qui, au contraire, la corrigent d'une manière plus ou moins sensible. Il est inutile d'ajouter que ces causes n'exercent leur influence qu'autant que la matrice a conservé sa mobilité, et qu'elles doivent être entièrement impuissantes si l'organe est solidement et invariablement fixé dans sa déclivité anormale par quelque lésion permanente.

On ne saurait assigner une durée précise à la rétroversion; c'est une direction nouvelle que l'utérus a prise et qu'il conserve jusqu'à ce qu'une cause quelconque vienne modifier encore, d'une manière solide et durable, ses rapports anatomiques défectueux.

Nous avons admis pourtant, dans les généralités, que la guérison n'était pas le cas le plus ordinaire des déviations utérines. Ce que nous avons dit alors des prétendues cures radicales mentionnées par quelques praticiens, nous pourrions le répéter ici. On peut corriger légèrement la rétroversion, on peut triompher des complications qui l'accompagnent et faire disparaître les douleurs qui en sont la conséquence; mais l'art est encore impuissant à redresser la matrice d'une manière complète, à lui rendre définitivement sa direction rimitive et normale.

Mais ce que l'art ne peut obtenir, la nature le réalise quelquefois. Sous l'influence de certains états morbides opposés à ceux qui ont produit la rétroversion, l'utérus peut reprendre sa direction et sa situation naturelles. Ce sont des cas de guérisons spontanées dont on a observé des exemples à la suite de la grossesse; mais ces exemples sont rares, et il est bon de savoir que la gestation produit, le plus souvent, un effet opposé, c'est-à-dire qu'elle exagère la rétroversion, surtout si la malade, après l'accouchement, demeure trop longtemps couchée sur le dos. On doit être prévenu de ce fait, afin de recommander les précautions nécessaires pour qu'il

ne se produise point. Jamais la rétroversion simple ne se termine d'une manière funeste.

Diagnostic. — La rétroversion peut être confondue avec une rétroflexion ou une tumeur développée, soit dans l'utérus, soit dans la région rétro-utérine.

Nous dirons plus loin à quels signes on peut distinguer la rétroversion de la rétroflexion.

La rétroversion se distingue d'une tumeur utérine ou rétro-utérine aux signes différentiels suivants :

Dans la rétroversion, on ne trouve plus l'utérus derrière le pubis; le col est plus élevé dans le vagin et plus rapproché de la symphyse; au niveau du cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur ayant la consistance du tissu utérin, ainsi que la forme légèrement convexe et la continuité de la face postérieure de la matrice. La tumeur qui fait saillie dans le rectum offre à peu près les mêmes caractères. Enfin, par la combinaison du toucher rectal et du palper hypogastrique, lorsque l'excès d'embonpoint ou l'excès de sensibilité des parois abdominales ne s'y oppose pas, on peut, comme nous l'avons dit plusieurs fois, saisir l'utérus entre les doigts et constater d'une manière très-précise que c'est bien cet organe qui forme la tumeur placée en arrière.

Dans les cas de tumeur utérine ou rétro-utérine, on sent la matrice derrière le pubis, dont elle est quelquefois plus rapprochée que dans l'état normal; le col utérin est plutôt abaissé qu'élevé dans le vagin; car si la tumeur est située un peu haut derrière l'utérus, elle pèse sur l'organe et l'abaisse à un certain degré. Mais c'est surtout par la recherche du corps utérin qu'on arrive à poser un diagnostic précis.

L'exploration directe des parties, pratiquée avec toutes les précautions et tous les soins que nous avons souvent recommandés, permet, dans la grande majorité des cas, de distinguer une tumeur rétro-utérine d'avec le corps de la matrice, à sa forme, à sa consistance, à son étendue, à ses rapports anatomiques, et ordinairement à un sillon de séparation placé entre la lésion et les organes sains qui l'avoisinent. Ce sillon de séparation manque rarement dans les phlegmasies péri-utérines et dans l'hématocèle, ainsi que nous le dirons en décrivant les caractères de ces affections.

Nous venons de dire que la rétroversion peut être confondue

avec les tumeurs développées dans la paroi postérieure de l'utérus ou derrière cet organe. Mais il arrive parfois que les deux espèces de lésions coexistent sur le même sujet, et qu'on a affaire à une rétroversion compliquée, soit d'un corps fibreux post-utérin, soit d'un phlegmon ou de toute autre tumeur rétro-utérine. Dans le diagnostic, il faut s'appliquer à rechercher ces complications. Toutefois, on doit être prévenu que les rétroversions ne s'accompagnent et ne peuvent s'accompagner que de tumeurs rétro-utérines d'un petit volume. Les tumeurs un peu volumineuses, repoussant tôt ou tard l'utérus en avant, déterminent plus souvent l'antéversion, comme il est aisé de le comprendre.

Il est important encore, au point de vue pratique, de chercher à reconnaître les autres maladies dont la rétroversion peut se compliquer, telles que métrite interne, métrite parenchymateuse, etc.

Dans les cas, rares d'ailleurs, où, en dépit des moyens ordinaires d'exploration, on conserverait encore des doutes sur la nature de l'affection, on aurait recours au cathétérisme utérin, après s'être assuré qu'il n'existe ni grossesse, ni de lésion inflammatoire, qui en contre-indiquent l'emploi.

Si l'on soupçonne une rétroversion, au lieu d'introduire la sonde utérine comme nous l'avons prescrit dans nos préceptes généraux, c'est-à-dire en tournant la concavité de l'instrument en avant et en haut, on l'introduit dans le sens de la rétroversion, c'est-à-dire en dirigeant la concavité en arrière et en bas. Si la sonde utérine ne peut pénétrer dans cette direction, sans qu'il existe d'ailleurs de rétrécissement qui explique l'obstacle, on doit admettre qu'il n'y a point de rétroversion. Alors, pour connaître la direction exacte de l'organe, on procède avec précaution et par tâtonnements, en imprimant à l'instrument des mouvements variés, jusqu'à ce qu'on parvienne à l'introduire. Mais, si la sonde utérine, dirigée comme nous l'avons dit, pénètre facilement, sans obstacle, on peut être assuré que la matrice est renversée en arrière; et, dans ce cas, le degré d'inclinaison de l'hystéromètre mesure très-approximativement le degré de la rétroversion; on acquiert une certitude plus grande encore si, en imprimant à l'instrument un mouvement de bascule convenable, on sent l'organe se redresser et se porter en avant.

Pronostic. — La rétroversion n'est pas une affection grave en

elle-même, car elle détermine parfois si peu d'accidents qu'elle passe inaperçue; son pronostic est surtout subordonné à son degré, à la nature de ses causes et de ses complications.

Une rétroversion au premier degré détermine moins d'accidents, moins de troubles fonctionnels, qu'une rétroversion au second ou au troisième degré. La rétroversion devient un état grave, au point de vue des fonctions de l'utérus ou des organes qui l'entourent, lorsqu'elle est assez prononcée pour gêner l'écoulement des règles, pour empêcher la fécondation, pour apporter un obstacle plus ou moins grand à l'émission de l'urine ou à la défécation.

Mais il est un point que nous avons déjà signalé, et sur lequel il est nécessaire de s'arrêter ici, c'est l'influence de la rétroversion sur l'évolution de la matrice dans la gestation. Dans la grande majorité des cas, la matrice se redresse insensiblement au fur et à mesure qu'elle se développe. Mais quelquefois aussi, surtout chez les femmes dont le détroit supérieur du bassin est rétréci, chez celles dont l'angle sacro-vertébral offre une saillie très-prononcée, l'utérus se trouve arrêté dans le cours de son évolution. Retenu dans l'excavation pelvienne par la proéminence du promontoire, il y subit le phénomène que les auteurs désignent sous le nom d'*enclavement*.

Dans certains cas, l'organe parvient à se dégager spontanément, par la seule force d'expansion que lui fait éprouver la grossesse; mais d'autres fois il s'enclave d'autant plus solidement qu'il augmente davantage de volume. L'enclavement donne lieu alors à une série d'accidents (rétention d'urine, constipation, vomissements, syncopes, efforts expulsifs) qui se termineraient presque toujours par un avortement, si l'on n'intervenait assez tôt pour y remédier.

C'est surtout pendant la grossesse que les auteurs ont admis la possibilité de la rétroversion subite. Moreau, Nægelé, Cazeaux, etc., en citent des exemples dans leurs traités d'accouchements; mais ces cas sont passibles des mêmes objections que ceux de Lisfranc, mentionnés plus haut. Car évidemment rien ne prouve que la rétroversion n'était pas antérieure à la gestation. Il est seulement permis d'admettre que la grossesse exagère la rétroversion en augmentant le poids de la matrice; et ce qui tendrait à démontrer l'exactitude de notre remarque, c'est que, suivant les auteurs que nous venons de citer, ce serait dans le troisième mois de la gestation que la rétroversion se montrerait le plus fréquemment, c'est-à-dire à

l'époque où le volume de l'utérus commence à prendre des proportions assez considérables.

Nous n'insisterons pas davantage sur la rétroversion comme complication de l'état de gravidité de la matrice. Nous avons jugé suffisant d'en parler au point de vue du pronostic, et nous pensons en avoir dit assez sur ce point.

Nous terminerons ce qui est relatif au pronostic de la rétroversion, en ajoutant que cette lésion est plus facile à combattre et offre plus de chances de guérison lorsqu'elle est simple que lorsqu'elle est compliquée. Quand elle est compliquée, son pronostic est subordonné à celui de l'affection qui l'accompagne.

Enfin, il faut tenir compte, avons-nous dit, de la nature de la cause. Il est évident qu'alors le pronostic de la rétroversion s'efface devant la gravité de la lésion qui lui a donné naissance.

THÉRAPEUTIQUE. — Mêmes indications que pour toutes les lésions mécaniques de l'utérus : 1° réduire; 2° maintenir l'organe réduit.

I. **Réduction.** — Elle s'opère encore ici, suivant deux procédés: 1° au moyen des doigts; 2° à l'aide de la sonde utérine.

Avec les doigts on peut réduire la rétroversion de deux manières: la première consiste à porter profondément l'indicateur dans le vagin et à relever la matrice en la repoussant de bas en haut et d'arrière en avant par le cul-de-sac postérieur. La seconde se pratique au moyen de l'indicateur et du médius, qu'on introduit, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum. Avec le premier doigt appliqué sur la lèvre antérieure de l'utérus, on refoule le col en bas et en arrière, tandis qu'avec le second doigt on repousse le corps utérin en haut et en avant.

Ce procédé est préférable au premier; il est plus sûr, plus efficace, et permet d'obtenir une réduction plus complète.

On peut quelquefois faciliter la réduction en faisant coucher la malade sur le ventre.

Pour pratiquer la réduction à l'aide de la sonde utérine, après l'avoir introduite à la manière ordinaire, on lui imprime un mouvement de bascule qui abaisse son extrémité libre en la rapprochant de la commissure vulvaire postérieure, et qui élève l'extrémité engagée dans la cavité utérine en l'éloignant du rectum et la rapprochant de la symphyse pubienne.

Cette manœuvre doit être accomplie avec beaucoup de ménage-

ments. On se gardera d'employer trop de force ou de faire des mouvements brusques et saccadés. Il faut procéder avec lenteur, par un mouvement de pression doux et continu. On ne doit pas trop insister si l'utérus oppose une certaine résistance, qu'il serait probablement dangereux de chercher à vaincre. D'ailleurs, on peut, en employant la sonde utérine, s'aider encore du doigt introduit, soit dans le vagin, soit dans le rectum, et repousser le corps utérin en avant, comme nous l'avons exposé précédemment.

II. **Contention.** — Presque tous les moyens contentifs que nous avons énumérés et décrits à propos du traitement général des déviations utérines, ont été employés pour la rétroversion. Cependant on en a imaginé aussi de spéciaux, que nous allons faire connaître.

Avant tout, il faut recommander aux malades d'éviter, autant que possible, le décubitus dorsal, et leur prescrire de se tenir couchées, non pas sur le ventre, comme le veulent quelques médecins (car cette position est incommode et fatigante), mais sur les côtés.

Nous diviserons, comme de coutume, en deux variétés, les moyens destinés à remédier à la rétroversion.

a. *Moyens intra-vaginaux.* — Ce sont : les éponges, les sachets, que nous ne ferons que nommer; les pessaires en bilboquet et les pessaires à air de Gariel, qui ont surtout pour objet de soutenir la matrice en fournissant un point d'appui au museau de tanche; enfin les pessaires en bondon, les pessaires élytroïdes, les pessaires en pelle et les pessaires à levier, que leurs inventeurs ont disposés d'une manière spéciale, dans l'intention d'empêcher la rétroversion de se reproduire.

Valleix avait aussi imaginé un pessaire spécial pour la rétroversion : c'était une poche, une ampoule de caoutchouc, destinée à se loger dans le cul-de-sac vaginal postérieur, et qu'il y plaçait après avoir préalablement ramené l'utérus en avant au moyen de la sonde de Simpson. Mais nous ferons remarquer, avec M. Paul Dubois, qu'il est anatomiquement impossible de loger un corps quelconque dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Cet espace n'est pas assez grand pour admettre et surtout pour conserver l'ampoule de caoutchouc qu'y plaçait Valleix.

b. *Moyens intra-rectaux.* — Nous ne ferons que signaler, sans y attacher aucune importance, le conseil donné par M. Piorry de laisser les matières stercorales s'accumuler dans la partie inférieure

du gros intestin, dans le but de maintenir la matrice refoulée en avant.

MM. Huguier et Favrot, moins confiants que M. Piorry dans les procédés naturels, emploient, le premier, une grosse mèche de charpie, le second, une poche de caoutchouc, un pessaire à air, qu'ils introduisent dans le rectum. Ce sont des moyens incommodes et pénibles, que les malades supportent difficilement, qui même, le plus souvent, déterminent des douleurs vives ou des accidents sérieux, bien plus sérieux que l'espèce de difformité qu'ils sont destinés à corriger. D'ailleurs, pense-t-on qu'il puisse se trouver une malade assez patiente, assez résignée, pour endurer un corps étranger, solide, dans le rectum pendant le temps nécessaire, nous ne disons pas à la guérison (puisqu'elle est impossible), mais seulement à l'amélioration de la rétroversion?

En définitive, les moyens que nous venons de passer en revue ne sont que palliatifs; ils ne guérissent jamais la rétroversion, mais ils calment ou ils font disparaître la douleur. Comment des instruments si divers peuvent-ils produire assez souvent le même résultat? Cela tient à ce que tous les moyens imaginés pour remédier aux déviations utérines déterminent un effet constant et qui leur est commun, quels que soient leur forme et leur mode d'emploi. Ils soutiennent l'utérus, lui fournissent un point d'appui, l'immobilisent. Telle est, suivant nous, la raison de leur utilité.

A ce compte, nous ne pouvons pas admettre qu'il existe quelque procédé spécial ou quelque appareil particulier pour la rétroversion. Les meilleurs appareils, les meilleurs procédés, nous l'avons déjà dit, sont ceux qui immobilisent le mieux la matrice, sans provoquer de douleurs, sans exposer à aucun des accidents que nous avons signalés dans les généralités, à propos du traitement mécanique.

Cependant, pour la rétroversion, comme pour les autres déviations, il est des cas où certains pessaires auront plus d'efficacité et rempliront mieux le but qu'on se propose. Leur choix est subordonné des circonstances si diverses qu'il est impossible de poser à ce sujet à des préceptes formels. Ce n'est, le plus souvent, que par des tâtonnements assez longs et après des essais nombreux, qu'on parvient à découvrir la forme de pessaire qui convient le mieux; on ne doit donc pas se laisser décourager par l'insuccès des premières tentatives.

Toutefois il est un conseil que nous croyons utile de rappeler,

c'est de commencer toujours par les moyens les plus simples, et de ne recourir aux plus compliqués qu'en désespoir de cause et comme ressource extrême. Ainsi, nous avons l'habitude d'essayer d'abord de soutenir le ventre avec la ceinture hypogastrique, ou le périnée avec la pelote périnéale ; s'il y a lieu, nous combinons ces deux moyens. Dans le cas où ils ne réussissent point, nous employons le pessaire à air; et si ce dernier appareil est insuffisant, nous avons recours aux pessaires en bilboquet ou aux divers hystérophores, et de préférence aux releveurs de M. Borgniet.

Nous avons à peine besoin de rappeler ici un précepte que nous avons formulé d'une manière très-expresse dans les généralités, c'est de ne recourir au traitement mécanique qu'autant que tous les dangers qui peuvent résulter de son emploi ont été conjurés, c'est-à-dire après qu'on a écarté toute complication inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes.

Nous avons dit plus haut que M. Fleury affirme avoir guéri des déviations utérines par les procédés hydrothérapiques. Nous nous sommes expliqués aussi sur la manière dont ces guérisons devaient être interprétées. Il n'est pas douteux pour nous que l'hydrothérapie ne remédie à quelques-uns des accidents qui accompagnent les déviations utérines, engorgement utérin, métrite, douleurs névralgiques, etc. A notre avis, c'est contre ces accidents que l'hydrothérapie agit, et non contre la rétroversion. Cependant, la leucorrhée et les souffrances venant à cesser, les malades sont considérées comme guéries de la déviation utérine; mais, en réalité, la rétroversion persiste; les complications seules ont disparu.

ARTICLE III.

DES LATÉROVERSIONS.

La matrice peut être inclinée latéralement, soit par la rétraction d'un ligament, soit par le relâchement et l'élongation du ligament opposé, soit par la compression d'une tumeur située sur un des côtés de l'organe.

Les latéroversions simples sont rares; mais les latéroversions compliquées d'une autre déviation sont assez communes. L'utérus, en effet, lorsqu'il se porte, soit en avant, soit en arrière, ne reste pas

toujours sur la ligne médiane : il s'incline quelquefois, tantôt *à droite*, tantôt *à gauche*.

Les latéroversions sont plus fréquentes à droite qu'à gauche. Les auteurs ont expliqué jusqu'à présent ce phénomène par la présence du rectum qui, étant situé un peu à gauche de la ligne médiane du bassin, repousse la matrice à droite lorsqu'il est distendu par les matières fécales; nous admettons aussi cette explication, mais nous ne croyons pas qu'elle soit suffisante. Deux autres causes, selon nous, contribuent encore puissamment à produire la latéroversion droite : — l'une, c'est l'inclinaison de l'utérus du même côté pendant la grossesse; l'autre, c'est la fréquence plus grande des engorgements péri-utérins à gauche, qui repoussent la matrice du côté opposé.

Valleix, et après lui Becquerel, admettent que « les latéroversions peuvent souvent rendre compte de la prédominance de la douleur de tel ou tel côté, quand elle survient comme symptôme d'une affection utérine quelconque. » Il est possible que cette interprétation soit exacte dans certains cas; mais nous en avons observé un très-grand nombre où la douleur était le plus intense du côté opposé à la latéroversion. Ainsi, tandis que l'inclinaison latérale de la matrice a lieu le plus souvent à droite, c'est à gauche que les douleurs sont le plus fréquentes ou qu'elles atteignent leur maximum d'intensité, dans les diverses maladies de cet organe. C'est pourquoi nous avons dû chercher une autre raison de ce phénomène; cette raison, comme nous l'avons déjà dit ailleurs, c'est la plus grande fréquence des phlegmasies péri-utérines du côté gauche.

Il est inutile d'insister sur les signes que fournit le toucher vaginal dans les latéroversions. La matrice étant plus ou moins inclinée d'un côté ou de l'autre, on trouve : dans la latéroversion droite, le museau de tanche tourné du côté gauche du vagin, et le corps de l'organe tourné du côté droit; dans la latéroversion gauche, au contraire, le museau de tanche regarde la paroi latérale droite du vagin, et le corps utérin est tourné du côté gauche. Comme il comprime plus ou moins le rectum, il en résulte une constipation habituelle chez les malades atteintes de ce genre de déviation.

Pour les latéroversions, comme pour les autres variétés de versions, l'utérus peut être incliné à des degrés divers, depuis l'inclinaison à peine sensible jusqu'à l'inclinaison horizontale que nous avons quelquefois observée.

Les latéroversions produites par la présence d'une tumeur ne réclament pas un traitement spécial. C'est contre la cause de la déviation qu'il faut agir. Cette cause une fois éloignée, la latéroversion peut persister encore, en raison de l'élongation d'un des ligaments et du retrait de l'autre. Dans ces circonstances, il faut appliquer le traitement direct de la déviation, réduire d'abord, puis maintenir la réduction à l'aide d'un pessaire ou d'un hystérophore.

On peut recourir immédiatement aux pessaires ou aux hystérophores, lorsque la réduction s'opère facilement et qu'elle n'est pas empêchée par une trop forte rétraction d'un des ligaments. Mais si cette rétraction est assez prononcée pour s'opposer à la réduction, on peut essayer, au préalable, comme nous l'avons fait plusieurs fois, de vaincre la résistance du tissu rétracté et de l'allonger artificiellement en redressant l'utérus par le cathétérisme répété. Nous sommes parvenus ainsi à ramener dans sa direction normale un utérus fortement incliné à gauche et couché presque horizontalement. La malade, qui était restée stérile pendant toute la durée de la latéroversion, a pu devenir enceinte après le traitement.

CHAPITRE XXV.

DES FLEXIONS OU INCURVATIONS DE L'UTÉRUS.

HISTORIQUE. — La connaissance précise des flexions utérines date de quelques années seulement. Déjà, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci, Levret, Baudelocque et Desormeaux avaient signalé l'incurvation de la matrice pendant la grossesse; Denman avait rapporté un exemple bien authentique de rétroflexion pendant l'état de vacuité; mais malheureusement cet auteur s'est borné à une description très-imparfaite et n'a laissé, pour ainsi dire, qu'une observation tronquée. C'est au docteur Ameline que la plupart des auteurs s'accordent à rapporter le mérite d'avoir, pour la première fois, décrit et nommé les flexions utérines, dans sa dissertation inaugurale sur l'antéflexion (Paris, 1830). Il est juste de dire que le cas d'incurvation utérine qui a servi de point de départ

et de base au travail de M. Ameline lui avait été communiqué par madame Boivin. L'éminente sage-femme, dans le livre qu'elle a publié avec le concours de Dugès, a consacré à l'histoire de ces lésions un assez long chapitre, suivi de six observations détaillées. De nos jours, les flexions utérines ont été l'objet de recherches importantes de la part de Velpeau et de Valleix, en France; de Simpson, en Angleterre; de Kiwisch, de Scanzoni et de Virchow, en Allemagne.

DÉFINITION. — On donne le nom de *flexions*, de *courbures*, d'*incurvations* de la matrice à une anomalie de direction de cet organe, telle que le col et le corps, au lieu de se trouver sur le trajet de leur axe commun, s'éloignent plus ou moins de cet axe, de manière à former un angle, dont l'ouverture regarde soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

DIVISIONS. — De là trois variétés de flexions, suivant le sens de la courbure :

1° La flexion en avant, ou *antéflexion;*

2° La flexion en arrière, ou *rétroflexion;*

3° Les flexions sur les côtés, ou *latéroflexions*, distinguées en *droite* et *gauche*.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Nous étudierons successivement : la forme de la matrice dans les flexions, le degré de la courbure, les modifications subies par la cavité utérine, les altérations du tissu propre et de la muqueuse, les changements survenus dans les rapports de l'organe, les lésions des tissus voisins, et en particulier des ligaments; enfin nous signalerons seulement les affections concomitantes, qui ont une si grande importance dans l'histoire des lésions mécaniques.

D'après la définition même que nous avons donnée des flexions utérines, il est aisé de comprendre que l'organe, au lieu de conserver la forme de poire aplatie qu'on lui connaît, prend une nouvelle apparence, justement comparée par Levret à une cornue, dont la panse serait représentée par le corps et la partie tubuleuse par le col.

L'angle que le corps utérin forme ainsi avec le col est plus ou moins ouvert, suivant le degré de l'incurvation.

Dans un *premier degré*, la flexion est à peine marquée, l'angle est

obtus; dans un *second degré*, ou degré moyen, l'angle est droit: c'est ici que la comparaison de Levret a toute sa justesse; à un *troisième* et dernier *degré*, l'angle est aigu, le col et le corps de la matrice peuvent être en contact immédiat par leur face ou leur bord homologue, et entièrement ployés l'un sur l'autre.

Comme le fait observer avec raison M. Scanzoni, si, sur le cadavre d'une femme atteinte de flexion utérine, on soulève la masse intestinale, de manière à découvrir la matrice, ce n'est plus son bord supérieur qui se montre le premier, mais tantôt la face antérieure, tantôt la face postérieure du corps de l'organe, tantôt l'une de ses parties latérales, suivant que l'on a affaire à une antéflexion, à une rétroflexion ou à une latéroflexion.

Il est digne de remarque que le point où s'opère la flexion est presque toujours le même, c'est-à-dire l'union des deux cônes renversés que forment le corps et le col de l'utérus, là où existe cette espèce d'étranglement que nous avons signalé dans les généralités anatomiques. Faut-il chercher la raison de ce fait dans la densité moindre, dans la faiblesse plus grande du tissu de la matrice en cet endroit, ou dans le changement de texture qui s'observe sur la limite du col et du corps? Ces deux explications peuvent être admises; mais nous croyons que la première est applicable à la plus grande majorité des cas. Toutefois M. Scanzoni donne une autre raison : « C'est, dit-il, à cet endroit que se trouve le point d'insertion du vagin sur le col de la matrice; ce dernier est, par là même, plus ou moins fixé dans sa position, tandis que le corps, plus ou moins volumineux et plus pesant, est plus mobile et peut facilement être déplacé, soit par son propre poids, soit par une force extérieure. » Cette interprétation nous paraît propre à expliquer pourquoi le corps s'infléchit plus souvent que le col, plutôt qu'à rendre compte du siége de l'incurvation dans le point de jonction de ces deux parties.

C'est-là, disons-nous, qu'on trouve le plus souvent l'angle d'incurvation; mais dans d'autres cas, plus rares à la vérité, la flexion s'opère soit plus haut, aux dépens du corps même de la matrice, soit plus bas, aux dépens du col. Dans quelques circonstances, enfin, on rencontre ces différents genres de courbures réunis sur le même organe. Ainsi, il peut exister à la fois deux ou trois courbures : une au niveau du col, l'autre au niveau de l'orifice cervico-utérin, la troisième au niveau du corps. Dans les cas de cette nature, la

matrice affecte une forme sinueuse qu'on a justement comparée à une *S* italique.

Quand on essaye, sur le cadavre comme sur le vivant, de redresser une matrice fléchie, on réussit quelquefois à produire une réduction passagère, c'est-à-dire que la flexion se reproduit dès qu'on cesse de soutenir l'organe. Mais, dans d'autres cas, on ne peut parvenir à réduire l'utérus, parce qu'il est maintenu immobile dans sa direction vicieuse, soit par la rétraction d'une de ses parois, soit par la rétraction de ses ligaments. C'est donc à tort que Becquerel affirme que les tentatives de redressement aboutissent toujours (tome II, pag. 358).

Simpson et Valleix ont admis que les flexions sont accompagnées ordinairement d'une version, qui s'opère presque toujours dans le même sens que l'incurvation. C'est un fait que M. Scanzoni a constaté quelquefois aussi. Nous avons assurément rencontré cette coïncidence, mais non pas assez souvent pour la considérer comme aussi fréquente que l'ont dit Valleix et Simpson.

Si l'on ouvre un utérus infléchi, on trouve dans sa cavité des changements qu'il importe de connaître. Celle-ci, au lieu d'être rectiligne, est brisée dans un point répondant ordinairement un peu au-dessus de l'orifice cervico-utérin. La brisure est marquée par une saillie anguleuse ou éperon, que forme la paroi du côté recourbé, et qui sépare bien nettement la portion cervicale de l'intérieur de la matrice d'avec sa portion utérine proprement dite. Cette saillie, plus ou moins prononcée, suivant le degré de la flexion, constitue une véritable barrière pour les produits exhalés à la surface interne du corps de l'utérus, et agit à la manière des rétrécissements de l'orifice cervico-utérin. Un tel obstacle mécanique au cours du sang menstruel ou des mucosités détermine le plus souvent l'accumulation de ces liquides derrière l'éperon; et cette accumulation peut occasionner la dilatation de la cavité du corps de la matrice (fig. 60).

La flexion de la matrice s'accompagne parfois des lésions caractéristiques de l'engorgement du corps et du col. Cet engorgement, qui est quelquefois assez considérable, est-il la cause ou l'effet de la flexion? On a diversement répondu à cette question, et l'on a pu avoir raison de part et d'autre. Suivant Lisfranc et Bennet, il n'est pas douteux que l'engorgement ne soit la cause de l'incurvation de l'utérus; mais ceux qui adoptent l'opinion contraire (et nous sommes de ce nombre) pensent que l'engorgement est le résultat de la gêne de la

circulation, déterminée par la plicature de l'organe. Il est évident que cette question ne peut pas être résolue par l'anatomie pathologique; c'est à l'observation clinique qu'il faut en demander la solution.

La gêne de la circulation, que nous signalons ici, produit encore l'hypérémie de la muqueuse utérine; de sorte que, dans les cas de flexions, on trouve presque toujours un degré plus ou moins considérable de congestion de cette membrane, et même assez souvent les altérations propres à la métrite interne, entretenues et augmentées par la déviation, ainsi que nous l'avons exposé dans un des précédents chapitres.

Dans quelques cas rares, le tissu propre de la matrice demeure intact au niveau de l'angle de flexion : il en est ainsi dans les courbures récentes ou peu prononcées; mais, dans les flexions anciennes ou un peu marquées, le tissu de la matrice est constamment altéré, soit primitivement, soit consécutivement, au niveau de la brisure. Ces altérations, encore mal connues, ont été surtout étudiées et signalées par Virchow, Scanzoni, Valleix et Rokitansky. Mais le peu d'accord qui règne entre ces quatre observateurs prouve suffisamment combien il est difficile de déterminer l'essence réelle de cette modification histologique. Virchow parle, d'une manière assez vague, d'un ramollissement, d'un défaut de consistance de la fibre utérine, sans en préciser la nature. Pour Valleix, ce ramollissement serait inflammatoire. M. Scanzoni admet une dégénérescence graisseuse, dont il aurait plusieurs fois vérifié l'existence à l'aide du microscope.

Il est vrai que, si l'on coupe longitudinalement un utérus infléchi, on constate que le tissu, au niveau de l'angle de flexion, est plus pâle, plus décoloré que dans les autres points; nous l'avons trouvé tantôt gris, tantôt d'un blanc jaunâtre; le plus souvent il est friable et ramolli; mais quelquefois aussi il est dur et comme transformé en tissu fibreux, d'où résulte une rétraction permanente qui entraîne nécessairement l'irréductibilité de la courbure pathologique.

Il est rare que la matrice soit seule altérée; mais le plus souvent on rencontre différentes lésions dans les tissus voisins. Tantôt on trouve les ligaments rétractés ou raccourcis du côté de la courbure, relâchés et allongés du côté opposé : tantôt on voit des adhérences entre l'utérus et certains organes du bassin, des brides péritonéales qui forment, pour la matrice, autant de liens anormaux.

D'autres fois, ce sont des tumeurs de différente nature, développées soit en avant, soit en arrière de l'utérus, soit sur ses parties latérales et qui, repoussant le corps de l'organe du côté opposé, constituent la cause directe du changement de direction. Ces tumeurs, sur lesquelles nous n'avons pas à nous étendre ici, sont développées, tantôt dans le tissu cellulaire qui entoure la matrice, tantôt dans les tuniques de la vessie ou du rectum; parfois, enfin, dans les parois osseuses du bassin. Au nombre de celles qui affectent les tissus voisins, nous signalerons particulièrement, et parmi les plus fréquentes, les phlegmasies péri-utérines, qui comptent, ainsi que nous l'avons déjà dit, parmi les complications les plus communes des déviations de la matrice.

L'utérus, en s'infléchissant, contracte des connexions nouvelles, qu'il sera plus à propos de faire connaître au sujet de chaque espèce de flexion en particulier.

Par quel mécanisme se produisent les incurvations de la matrice? Si l'on interroge, à cet égard, les auteurs qui ont écrit le plus récemment sur la matière, on voit que presque tous s'accordent à reconnaître que le relâchement, l'atonie, la perte de consistance du tissu utérin sont des conditions nécessaires à la formation de la flexion. « Un utérus qui possède son élasticité et sa tonicité normales, dit Scanzoni, ne s'infléchira pas sous l'influence d'une force extérieure même considérable. » C'est aussi l'opinion de Valleix, de Vidal (de Cassis), de Velpeau et de M. Cruveilhier; mais M. Virchow ne partage pas ce sentiment. « Les recherches anatomiques, dit-il, ne montrent pas du tout le relâchement de l'utérus comme la condition la plus fréquente dans les flexions. » La flexion, selon lui, ne se rencontre pas seulement dans l'utérus relâché, mais aussi lorsque la paroi est à l'état normal, et très-souvent même quand elle est indurée ou hypertrophiée.

Ceux qui admettent la nécessité d'un ramollissement du tissu utérin ont adopté une explication à peu près uniforme pour rendre compte de la production de la lésion qui nous occupe : ils font intervenir, comme cause active, la pression des viscères abdominaux, et en particulier des intestins grêles, sur le fond de la matrice, surtout dans les efforts de miction, de défécation, de toux, de vomissement, etc. : telle est la théorie développée par Velpeau.

L'explication donnée par M. Virchow est bien plus compliquée :

« Les inflexions, dit-il, se produisent toutes les fois que les rapports de l'utérus ne lui laissent pas une mobilité suffisante d'avant en arrière. » Après avoir rendu compte des mouvements de l'utérus dans les conditions normales, il cherche à démontrer le rôle important que joue la dilatation de la vessie et du rectum dans la production des flexions; il insiste sur la fréquence de la péritonite partielle chronique, qu'il nomme *péri-métrite* et qui, d'après lui, produirait des adhérences et des cordons pseudo-ligamenteux, lesquels, par leur rétraction graduelle, seraient la cause ordinaire des flexions utérines.

Cette doctrine ne nous paraît aucunement justifiée par l'observation des faits. Si l'utérus était retenu par des liens accidentels ou des adhérences, les flexions seraient généralement irréductibles : or on sait avec quelle facilité on parvient habituellement à redresser la matrice. En second lieu, nous avons pratiqué l'autopsie d'un grand nombre de femmes atteintes de flexions utérines, et très-rarement nous avons rencontré des traces de péritonite partielle. Nous partageons donc là-dessus les idées admises par Velpeau, M. Scanzoni, etc., et nous ne saurions donner notre adhésion à la théorie de Virchow.

Cet auteur a cherché à expliquer aussi pourquoi l'utérus s'infléchit tantôt en avant, tantôt en arrière; mais nous sommes forcés de convenir que nous ne saurions admettre les raisons anatomiques que le professeur de Berlin cherche à donner d'un pareil phénomène. Il nous a paru plus simple et plus clair de croire que ces différences dans le sens des flexions utérines tenaient, sans doute, aux causes suivantes : 1° au sens dans lequel agit la résultante des forces ou des pressions tendant à faire fléchir l'utérus; 2° à la direction même, à la position de cet organe par rapport à l'axe du bassin, au moment où la flexion se produit; 3° à la faiblesse relative de l'une de ses parois, qui doit céder plus facilement que celle dont le tissu est plus ferme, plus consistant. Il nous semble que cette explication se comprend assez d'elle-même pour qu'il ne soit pas nécessaire de la développer.

Enfin, une dernière question reste à résoudre avant d'abandonner ces considérations relatives à la physiologie pathologique des flexions utérines, à savoir quelle est la portion de l'utérus qui se courbe vers l'autre.

A propos de l'explication du mécanisme des flexions utérines, la

plupart des auteurs ne parlent que de la courbure du corps vers le col : c'est une explication insuffisante; car nous sommes convaincus que, parfois aussi, le col utérin s'incurve du côté du corps. Quelquefois, en effet, nous avons trouvé le col manifestement redressé, relevé vers le corps, soit qu'il fût repoussé par une tumeur, soit qu'il fût attiré par des brides ou des adhérences. Dans d'autres circonstances, le col se redresse en vertu du mécanisme suivant : une pression s'exerce de haut en bas sur la matrice; le col obéit à ce mouvement tant qu'il ne rencontre pas d'obstacle; mais, s'il vient à s'arc-bouter, soit contre la paroi postérieure du vagin, soit contre la cloison recto-vaginale, renfoulée en avant par une tumeur ou par un amas de matières fécales, il cède à la nouvelle direction que lui imprime le plan résistant sur lequel il appuie, et il se relève en se pliant vers l'une des faces du corps utérin, mais le plus souvent vers la face antérieure. Dans les cas de ce genre, le mouvement du col n'est jamais isolé, il s'accompagne toujours et nécessairement d'un certain degré d'inflexion du corps de l'organe: on ne concevrait guère qu'il en pût être autrement.

Étiologie. — Le plus grand nombre des malades traitées par M. Scanzoni pour des flexions utérines avaient de trente à trente-cinq ans. Ce résultat concorde avec nos propres observations, qui nous montrent, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, que cette période est celle où la femme est le plus sujette, non-seulement aux déviations utérines, mais encore à toutes les autres affections de la matrice et de ses annexes. En effet, c'est l'époque où les organes de la génération sont le plus éprouvés, soit par l'activité fonctionnelle qu'ils développent encore, soit par celle qu'ils ont développée précédemment.

Cependant les flexions utérines n'ont pas été rencontrées seulement chez des sujets adultes. Elles sont quelquefois aussi le partage de l'enfance et de la vieillesse.

Déjà Dugès et madame Boivin pensaient que parfois la flexion de l'utérus est congénitale; ils disent du moins l'avoir observée chez des filles qui n'avaient éprouvé dans l'utérus aucun de ces grands changements que produisent la puberté, le mariage, la grossesse et l'accouchement. L'opinion de Boullard, que nous avons fait connaître dans nos considérations anatomiques, n'est donc pas nouvelle; cet auteur a été seulement beaucoup plus loin que Dugès

et madame Boivin, puisqu'il envisage l'une des formes de la flexion, l'antéflexion, non-seulement comme une condition anatomique compatible avec la santé, mais encore comme un état normal, chez le fœtus et chez les jeunes filles impubères. Nous sommes loin de contester les résultats obtenus par Boullard ; mais nous avons déjà dit que nous ne saurions non plus partager entièrement son opinion; nous inclinons plutôt à penser, avec M. Depaul, que, dans beaucoup de cas, l'antéflexion peut bien n'être qu'un effet cadavérique. Du reste, avant le temps de la puberté, avant l'établissement de la menstruation, les flexions utérines passent habituellement inaperçues sur le vivant, soit parce qu'elles ne provoquent, en général, aucun trouble fonctionnel dans un organe qui sommeille encore, soit parce que leur existence ne peut être constatée le plus souvent par une exploration directe. Si nous consentons à admettre, dans quelques cas rares, une antéflexion congénitale, nous croyons qu'elle doit exister à un faible degré ; et l'on doit la regarder bien moins comme une lésion réelle que comme une prédisposition à un état pathologique, qui plus tard se développera sous l'influence des efforts de tout genre auxquels l'utérus est soumis.

A notre avis, les flexions utérines se produisent donc rarement dans l'enfance. Nous considérons aussi leur production comme peu fréquente dans la vieillesse. Il est vrai qu'on en trouve assez souvent dans les autopsies des vieilles femmes; mais alors on ne peut pas facilement décider si la lésion est récente ou si elle remonte à une date ancienne. La dernière hypothèse est la plus probable dans la grande majorité des cas; car la femme, après la ménopause, est soustraite à la plupart des influences qui déterminent les lésions mécaniques de la matrice.

Le mariage est aussi une cause prédisposante des flexions utérines, aussi bien que des autres maladies de l'utérus. M. Scanzoni insiste avec raison sur l'influence fâcheuse des mariages prématurés, ayant lieu avant que les organes sexuels aient acquis leur complet développement.

Comme corollaires de la cause précédente, il faut signaler les abus de coït, les grossesses, surtout les grossesses fréquentes, l'avortement, l'accouchement, mais en particulier l'accouchement difficile, celui qui réclame l'intervention chirurgicale, les accidents puerpéraux, etc.

Nous ne faisons ici qu'énumérer ces causes, nous proposant

d'y revenir bientôt avec détail en exposant de quelle manière elles agissent dans chaque variété de flexion.

Nous ne ferons aussi que signaler dans ce paragraphe les efforts violents, les coups sur l'abdomen, les chutes sur le siége, et, dans un autre ordre de causes, les tumeurs développées, soit dans l'utérus lui-même, soit dans son voisinage.

Le mode d'action, l'influence spéciale de ces causes, seront étudiés à propos de chacune des espèces de flexions en particulier : cependant, il en est une qui, en raison de son importance, de sa généralité et de la nature de son rôle, doit recevoir quelques développements dans ce chapitre ; nous voulons parle de l a grossesse, la grossesse qui peut devenir tour à tour, et dans certaines circonstances, une cause de flexion utérine ou un moyen dont la nature se sert pour guérir ce genre de lésion.

Dans presque tous les ouvrages qui traitent des maladies de l'utérus, il est dit qu'on a vu quelquefois la gestation corriger momentanément ou guérir radicalement des flexions de la matrice : nous reviendrons tout à l'heure sur ce point. Mais tous les observateurs ont aussi noté la grossesse et ses suites parmi les causes les plus fréquentes et les plus actives de cette anomalie, sans insister toutefois d'une manière suffisante sur le mécanisme et le rôle de la gestation dans cette circonstance.

Quant à nous, voici comment nous expliquons l'influence de la grossesse sur la production des flexions utérines.

Dans les premiers mois de la gestation, le corps utérin augmente de volume, sans que le col participe à ce développement : il en résulte une faiblesse relative de cette portion de la matrice. Pour peu que le tissu soit altéré ou aminci au niveau de l'orifice cervico-utérin, et que les ligaments soient distendus et relâchés, le corps de l'organe obéissant à son propre poids, augmenté de la pression des intestins, tombe du côté vers lequel il incline déjà, ou, s'il est droit, il s'infléchit dans le sens où il éprouve le moins de résistance, et où le pousse la résultante des forces qui s'exercent sur lui.

En général, au fur et à mesure que la matrice s'élève dans l'abdomen, la flexion s'efface ; mais ne peut-on pas admettre que l'organe conserve une disposition à s'infléchir de nouveau, après l'expulsion du fœtus?

Dans les jours qui suivent l'accouchement, la matrice revenant graduellement sur elle-même, et conservant pendant cinq ou six

semaines environ un volume plus considérable que dans l'état normal, est disposée à s'infléchir pour les mêmes raisons et par le même mécanisme que dans les premiers temps de la gestation.

Les opérations obstétricales seraient, d'après M. Scanzoni, des causes assez fréquentes de flexion. « Sur 196 malades, dit-il, atteintes de flexions utérines, 14 avaient été délivrées au moyen du forceps, 16 par la version. » Sans nier absolument l'influence fâcheuse des manœuvres réclamées par un accouchement laborieux, nous croyons que la statistique de M. Scanzoni est insuffisante pour résoudre la question, et que ce sujet exige de nouvelles recherches.

Parmi les causes non équivoques de flexions utérines, nous devons noter : l'abus du décubitus dorsal à la suite des couches, un retour prématuré aux habitudes de la vie ordinaire, des relevailles hâtives, des fatigues précoces, des efforts violents, des coups sur l'abdomen, des chutes, etc.

Dans l'étiologie des flexions de la matrice, M. Scanzoni signale encore, mais avec une grande réserve, la distension excessive de l'utérus par une grossesse multiple, les hémorrhagies qui surviennent pendant ou après l'accouchement, les accidents inflammatoires puerpéraux et l'abstention de l'allaitement. Voici comment le professeur de Wurzbourg explique l'influence de cette dernière cause qui, au premier abord, peut sembler très-problématique. Après avoir admis que les mouvements de succion du nouveau-né produisent sympathiquement, dans le tissu musculaire de l'utérus, des contractions énergiques qui concourent à la diminution du volume de l'organe, M. Scanzoni ajoute : « Lorsque cette condition favorable manque, il va de soi que l'utérus, plus volumineux, plus pesant et en même temps plus relâché, sera plus disposé à se déplacer, etc. » Il fonde cette hypothèse sur la statistique suivante : « 54 femmes, atteintes d'une flexion de la matrice, avaient mis au monde, à terme, 196 enfants ; sur ce nombre, il n'y en eut que 57 qui jouirent de l'allaitement maternel. » L'influence que M. Scanzoni accorde à l'allaitement maternel sur la production des déviations utérines, ne nous paraît suffisamment justifiée ni par cette statistique, ni par la théorie physiologique que l'auteur a cherché à en déduire.

Nous sommes plus disposés à reconnaître, avec M. Scanzoni, l'action étiologique de l'accouchement prématuré et de l'avortement sur les flexions utérines. Cet observateur habile a noté que, sur 252 accouchements, chez 43 malades, il y avait eu 12 accouchements préma-

turés et 44 avortements ; de sorte que, dans plus de 22 cas pour 100, la grossesse avait été interrompue avant terme. M. Scanzoni explique la fréquence des flexions utérines dans ces circonstances par la lenteur du retrait de l'utérus et par la négligence habituelle de tout soin hygiénique après une fausse couche. A cette explication, que nous ne contestons pas, nous en ajouterons une autre, qui découle de ce que nous avons dit précédemment sur le rôle des premiers mois de la gestation dans la production des flexions de l'utérus : c'est que, chez une femme qui avorte, la matrice se trouve précisément à cette période de développement où elle possède les conditions organiques les plus favorables pour s'infléchir. D'ailleurs, quelle que soit l'explication, le fait est exact.

THÉRAPEUTIQUE. — Nous diviserons le traitement des flexions utérines en : 1° traitement curatif ; 2° traitement préservatif.

I. **Traitement curatif.** — Il comprend deux séries de moyens : les uns médicamenteux ou médicaux, les autres mécaniques ou chirurgicaux.

a. — Les moyens *médicaux* s'adressent surtout à la cause de la flexion ; ils ont généralement pour but de détruire ou de pallier l'altération qui a déterminé et qui entretient la lésion ; dans cette classe rentrent aussi les moyens propres à combattre la plupart des complications.

Ces moyens comprennent tous les remèdes, toutes les préparations pharmaceutiques, tous les procédés réputés susceptibles de rendre du ton et de donner de la consistance au tissu ramolli et affaissé de l'utérus, ainsi qu'à ses ligaments tiraillés et relâchés ; enfin, de remèdes propres à provoquer la fonte ou la résolution d'une tumeur, qui, en comprimant la matrice, détermine son inflexion. Parmi ces moyens, nous citerons les astringents, les toniques, les altérants et les fondants.

A l'intérieur : les préparations de fer, de quinquina, de tannin, de seigle ergoté, de ciguë, d'iodure de potassium, etc. ; extérieurement : les injections d'alun, de tannin, d'acétate de plomb, de feuilles de noyer, etc. ; les lavements froids, les douches vaginales ascendantes, tous les procédés hydrothérapiques, les bains sulfureux, etc. Nous nous contentons de cette simple énumération, en ajoutant, toutefois, que ces moyens sont ordinairement impuissants à remplir entièrement le but qu'on se propose. Nous ne nions point leur utilité, mais

nous ne voudrions pas, non plus, qu'on se fît illusion sur leur degré d'efficacité. Leur valeur est tout accessoire, et purement secondaire : on n'y devra recourir qu'à titre d'auxiliaires.

D'ailleurs, il faut en convenir, les moyens directs ou mécaniques ne sont guère plus capables, quoi qu'on en ait dit, de procurer des cures complètes.

b. — Le *traitement mécanique* ou *chirurgical* a pour but de redresser la matrice et de la maintenir dans sa direction normale : de là, comme nous l'avons dit pour les déviations, deux temps dans l'opération, la réduction et la contention.

On réduit l'utérus infléchi par deux procédés : 1° au moyen du doigt, soit par le vagin, soit par le rectum; 2° à l'aide de la sonde utérine.

Avec le doigt, surtout dans l'antéflexion, on n'obtient pas toujours une réduction suffisante; on ne parvient point à ramener la portion courbée de la matrice dans sa direction normale. On y arrive plus sûrement par le cathétérisme, que l'on ne doit pratiquer, cependant, qu'avec la plus grande réserve, les soins les plus minutieux, et en se conformant strictement aux préceptes que nous avons posés à différentes reprises dans ce livre, et notamment aux pages 68 et 291.

Les moyens de contention comprennent toutes les variétés de pessaires que nous avons fait connaître dans les généralités sur le traitement des lésions mécaniques.

Parmi ces instruments, en est-il quelques-uns qui soient plus spécialement destinés à remédier aux flexions utérines? Nous n'en connaissons aucun : et ce serait ici le lieu de reproduire ce que nous avons dit à propos du traitement des déviations. La forme des pessaires importe généralement assez peu : ces instruments agissant surtout en maintenant l'utérus immobile, les meilleurs sont ceux qui immobilisent cet organe et lui présentent un point d'appui à la fois solide et incapable d'exercer, par sa pression, une action nuisible sur le tissu du vagin ou sur celui de la matrice.

C'est particulièrement en vue de combattre les flexions utérines que Kiwisch, Detschy, Simpson, Mayer et Valleix ont inventé les instruments connus sous les noms de pessaires ou redresseurs intra-utérins. Nous ne reviendrons pas sur ces appareils, dont nous avons parlé assez longuement dans un des chapitres précédents; nous nous bornerons à rappeler que leur emploi n'a jamais procuré de guérison

radicale, qu'il est environné de dangers, qu'il a été réprouvé dans une discussion académique, et qu'il est généralement abandonné de nos jours, même par ceux qui en furent les promoteurs.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire, qu'en général, dans les flexions utérines, il faut se borner, quand toute complication inflammatoire aura été écartée, à soutenir la matrice, soit par une ceinture hypogastrique ou une ceinture abdominale munie d'une pelote périnéale; soit, si ces moyens sont insuffisants, par des pessaires ou des hystérophores, en se conformant, pour le choix de ces instruments, aux règles que nous avons tracées dans les généralités.

On doit, par des moyens appropriés, combattre simultanément les complications et les accidents consécutifs. Ce sont des indications sur lesquelles nous nous sommes étendus longuement dans le chapitre XXII.

En somme, de tous les moyens de traitement proposés jusqu'à présent contre les flexions utérines, nous n'en connaissons aucun qui remédie d'une manière définitive à ces sortes de lésions. Elles sont rebelles aux procédés mécaniques aussi bien qu'aux médicaments; et si quelques auteurs ont publié des cas assez nombreux de cures radicales, c'est qu'ils ont cru avoir guéri la lésion mécanique lorsqu'ils avaient seulement dissipé les accidents, les troubles fonctionnels et notamment les douleurs, qui la compliquent si souvent.

II. **Traitement préservatif.** — Il se déduit de la connaissance des causes sur lesquelles nous avons longuement insisté plus haut, et consiste dans l'éloignement de toutes celles qui peuvent être facilement évitées, telles que les abus de coït, l'usage des vêtements trop serrés, etc. Mais il importe surtout de surveiller les suites de couches, de combattre la constipation et de recommander aux malades de garder le repos au lit pendant un temps suffisant.

ARTICLE PREMIER.

DE L'ANTÉFLEXION.

DÉFINITION. — L'antéflexion est caractérisée par une incurvation de l'utérus en avant. Dans cette lésion, le corps et le col de la matrice, au lieu d'être dirigés suivant le même axe, se rapprochent

nt plus ou moins de leur direction rectiligne.

le second degré, le corps forme avec le col un angle droit ngle faiblement aigu.

le troisième degré, la matrice est comme ployée en deux. La est telle que le corps de l'utérus est pour ainsi direcou ché col, et que ces deux parties de l'organe sont en contact par e antérieure (fig. 59). Dans cette variété d'antéflexion le bord

Fig. 59. — Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.

ur ou fond de l'utérus regarde en avant, devient antérieur et en rapport avec la vessie, tandis que la face postérieure de la est tournée, plus en arrière mais en haut.

UENCE. — L'antéflexion est la plus fréquente des incurvations natrice. Si la loi posée par Boullard était exacte, si toutes les

bères; les recherches d'Aran sembleraient donner une nouvelle consistance à ce fait. Sur trente-quatre jeunes filles, dont il a pratiqué l'autopsie, cet auteur a constaté dix-sept fois l'antéflexion; il a observé que l'antéflexion est beaucoup plus prononcée chez les filles vierges que chez les femmes défloréés. Chez les premières, et surtout dans l'enfance, l'antéflexion est telle qu'elle forme presque un angle aigu. Plus tard, et après la défloration, cet angle se redresse et devient beaucoup plus obtus. Boullard admet aussi que l'utérus se redresse aux approches de la puberté, à mesure que son tissu acquiert plus de fermeté; mais, suivant cet auteur, le redressement de l'utérus est surtout déterminé par la grossesse qui, même très-souvent, produit un résultat inverse, et transforme l'antéflexion normale en rétroflexion. Nous avons déjà exprimé nos réserves et nos doutes sur la manière dont Boullard avait interprété le résultat de ses autopsies. Les faits avancés par Aran sont passibles des mêmes objections. Il est à craindre que ces deux observateurs n'aient pris un effet cadavérique pour une disposition anatomique normale.

Les causes anatomiques de l'antéflexion sont le ramollissement, l'amincissement ou la perte de consistance de la paroi antérieure de l'utérus, au niveau de l'orifice cervico-utérin principalement; le relâchement, l'extension forcée des ligaments postérieurs, ou la rétraction des ligaments antérieurs; enfin, une compression exercée, soit de haut en bas, sur le corps de la matrice, par la masse intestinale ou une tumeur rétro-utérine; soit de bas en haut ou d'arrière en avant sur le col, par des matières fécales endurcies accumulées dans le rectum, par une tumeur de cet organe ou de la cloison recto-vaginale.

M. Virchow fait intervenir les rapports de la vessie avec l'utérus parmi les causes les plus fréquentes de l'antéflexion. « Il se forme une antéflexion, dit-il, lorsque le fond de l'utérus est fixé de manière à ne pouvoir se porter en arrière pendant la distension de la vessie. » Voici comment il explique ce phénomène : « Si le fond de l'utérus est étroitement appliqué contre la paroi postérieure de la vessie distendue, et si, en même temps, le col est fixe, la portion la plus mince du corps, à savoir celle qui correspond au passage du corps dans le col, et qui est la plus facile à refouler, éprouve la plus grande distention, et de là la flexion. » L'explication de M. Virchow suppose une distension excessive de la vessie et une grande faiblesse de

résistance de la part du tissu utérin. Nous ne croyons même pas que ce tissu puisse céder, s'il a conservé son état normal. On ne comprendrait l'interprétation de M. Virchow que s'il existait un défaut de consistance, un ramollissement de la matrice au niveau de la courbure; or, on sait que l'auteur allemand nie formellement ce genre d'altération. Ce sont donc là des vues purement théoriques, que l'observation des faits n'a pas encore confirmées, et qui nous semblent, en outre, contradictoires avec l'opinion professée par M. Virchow sur le mécanisme des flexions en général.

Tout ce qui a été dit touchant l'influence étiologique de la constitution, du tempérament, des conditions hygiéniques est du domaine de l'hypothèse et ne mérite point d'être rappelé.

L'accouchement, l'avortement, les coups, les chutes, en un mot toutes les causes traumatiques, ne jouent pas, dans la production de l'antéflexion, un rôle plus spécial que dans l'étiologie des autres genres de déviations utérines.

Quant à l'engorgement de la matrice, il ne peut produire l'antéflexion que s'il est borné au corps utérin, si la paroi antérieure de l'organe est affaiblie par une altération de texture, ou si déjà, préalablement, l'utérus est penché en avant. Dans ce cas, l'engorgement agit à la manière d'une tumeur placée derrière la matrice et au-dessus d'elle. Mais, le plus souvent, quand il existe un engorgement, il est difficile de décider s'il a précédé ou suivi l'antéflexion, s'il est la cause ou l'effet de la lésion mécanique. Il peut même n'intervenir que comme épiphénomène, comme une simple complication, ainsi qu'on le verra bientôt.

Symptomatologie. — 1° **Signes subjectifs.** — L'antéflexion ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel spécial. Les symptômes qui l'accompagnent souvent, soit du côté de la vessie, soit du côté de l'utérus même, appartiennent aussi bien aux autres variétés de lésions mécaniques de la matrice, notamment à l'antéversion, ou encore dépendent de certaines affections vitales concomitantes, telles qu'une métrite interne ou une phlegmasie péri-utérine. Ces symptômes sont : des douleurs plus ou moins intenses dans le bas-ventre, une leucorrhée dont l'abondance est variable, une envie d'uriner plus fréquente que d'habitude, un sentiment de tiraillement dans les lombes et de pesanteur à la région ano-périnéale; une dysménorrhée toujours proportionnée au degré d'incurvation de l'organe.

En traitant des rétrécissements, nous avons déjà appelé l'attention sur la déviation du conduit utérin, qui résulte d'une incurvation de la matrice. Il est évident que, en raison du défaut de parallélisme entre le corps et le col de l'utérus, les deux portions de la cavité utérine correspondant à chacune de ces parties ne se trouvent plus dans la direction d'un axe commun. La cavité du corps placée dans une situation plus ou moins déclive retient, emprisonne, en quelque sorte, le sang menstruel, au lieu de le laisser s'écouler librement. Il faut ajouter qu'au niveau de l'angle de courbure il existe une espèce d'éperon saillant dans le conduit utérin, qui forme encore un obstacle, une sorte de barrière à l'écoulement des menstrues.

Ce que nous disons du sang menstruel s'applique également bien à tous les liquides exhalés par la muqueuse utérine. Aussi, chez les femmes affectées simultanément de métrite interne et d'antéflexion, les mucosités éprouvent-elles, parfois, de la difficulté à franchir l'orifice cervico-utérin et à s'écouler hors de la matrice. De là ces douleurs vives, ces coliques utérines expulsives, quelquefois suivies de crises nerveuses, que nous avons signalées à propos des rétrécissements de la matrice, et qui se terminent toujours par l'expulsion des produits retenus dans le corps de l'organe.

On comprend que l'antéflexion, surtout si elle est très-prononcée, constitue une disposition anatomique très-fâcheuse au point de vue de la fécondation. De même que la courbure est un obstacle à l'écoulement des produits qui tendent à se faire jour hors du corps utérin, de même elle peut opposer une barrière quelquefois infranchissable à la pénétration de la liqueur séminale.

2° **Signes objectifs.** — Ils sont fournis par l'exploration directe.

a. Toucher vaginal. — En refoulant avec le doigt indicateur le cul-de-sac vaginal antérieur, on constate que la face antérieure de l'utérus n'est plus régulière et plane comme dans l'état normal. On trouve un angle rentrant, l'angle de courbure, dont le sinus varie suivant le degré de l'antéflexion, et l'on rencontre le corps de la matrice formant une tumeur en avant par son inclinaison vers le col. Cette tumeur est arrondie, régulière et lisse; elle offre la consistance du tissu de la matrice. Quelquefois elle est fixe, à cause des adhérences ou des rétractions ligamenteuses qui la retiennent; mais le plus souvent elle est mobile et se laisse aisément refouler. Si la malade est couchée sur le dos, le corps utérin ainsi soulevé, et placé dans sa direction normale, peut rester temporairement réduit; mais

ordinairement, et surtout si la malade est debout, il retombe ou reprend sa direction vicieuse dès que le doigt a cessé de le soutenir.

Quant à la position du museau de tanche et à la direction du col de la matrice, elles sont très-variables. Tantôt le museau de tanche regarde en arrière et est plus ou moins appliqué contre la paroi vaginale postérieure; tantôt il est dirigé en avant et en haut, comme s'il avait subi lui-même un certain degré de courbure vers le corps; d'autres fois enfin il conserve sa position et sa direction normales.

b. Par *le toucher hypogastrique et vaginal* réunis, en déprimant d'une part la paroi abdominale, et en refoulant d'autre part la paroi antérieure du vagin, on sent le corps de la matrice derrière le pubis, et l'on apprécie avec plus d'exactitude le degré d'antéflexion.

c. Le *cathétérisme utérin* est un moyen précieux de contrôle dans les cas douteux; mais on doit y recourir avec prudence et seulement lorsque la nécessité en est bien démontrée. En l'opérant, il importe de ne pas perdre de vue la direction irrégulière que l'antéflexion imprime au canal cervical et à la cavité du corps utérin. On ne doit pas oublier que ces deux cavités, au lieu de suivre une même ligne droite, comme dans l'état normal, forment une ligne brisée au niveau du point d'intersection, de sorte que, le canal cervical ayant une direction verticale, la cavité du corps affecte une direction qui se rapproche plus ou moins de l'horizontale, selon que l'antéflexion est plus ou moins prononcée. En d'autres termes, la cavité cervico-utérine suit l'inflexion de l'organe lui-même et présente, comme la matrice, un angle ouvert en avant, obtus dans le premier degré de l'antéflexion, droit ou aigu dans le second degré; dans le troisième degré, le canal cervical et la cavité du corps sont presque parallèles.

Il faut toujours pratiquer, au préalable, le toucher vaginal, non-seulement pour chercher à constater l'antéflexion, mais encore pour s'assurer de la direction du col utérin; en effet, la manœuvre varie selon la direction du museau de tanche. Quand le col utérin a conservé sa direction normale, ou quand il est relevé en arrière vers le rectum, on introduit la sonde utérine en tournant sa concavité vers le pubis. Suivant que l'incurvation est plus ou moins prononcée, l'instrument rencontre plus ou moins de résistance au niveau de l'angle de courbure; alors on doit, tout en élevant doucement la

sonde, porter son extrémité supérieure en avant, tandis qu'on incline son extrémité inférieure vers la commissure vulvaire postérieure, en refoulant peu à peu le périnée.

Dans le cas où le col dirigé fortement en avant et en haut se relève vers le corps, on porte la sonde dans la matrice en tournant d'abord sa concavité du côté du rectum; puis, lorsqu'on est arrivé au niveau de l'angle de flexion, on imprime à l'instrument un mouvement de demi-rotation, par lequel sa concavité est tournée en avant; et l'on opère alors comme dans le cas précédent.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — L'antéflexion débute le plus souvent d'une manière lente et progressive; mais un certain nombre d'auteurs rapportent des cas d'antéflexion survenue brusquement à la suite d'un coup, d'un effort violent ou d'un saut. Ces faits sont tellement contestables que nous ne saurions en admettre l'authenticité. Comment prouver, en effet, que l'antéflexion n'était pas antérieure à l'accident, et que celui-ci a agi autrement qu'en déterminant des douleurs ou d'autres troubles fonctionnels propres à révéler une lésion plus ou moins ancienne, mais jusque-là demeurée latente? Nous croyons donc qu'il est plus prudent de reconnaître que les débuts de l'antéflexion ne sont pas moins obscurs que ceux des autres lésions mécaniques de la matrice.

Cette affection peut durer longtemps sans produire de désordres fonctionnels qui appellent sur elle l'attention des malades et du médecin. Elle a une tendance, pour ainsi dire, fatale à s'accroître, à devenir de plus en plus prononcée, en raison des forces physiques ou physiologiques qui sollicitent le corps de la matrice à se porter en avant.

Nous avons déjà dit qu'on pouvait réduire temporairement l'antéflexion en soulevant le corps utérin avec le doigt porté dans le vagin; quelquefois aussi, dans le décubitus dorsal, il se produit une réduction incomplète et passagère, le corps de la matrice pouvant être entraîné par son poids en arrière, si aucun obstacle ne le retient en avant.

L'antéflexion est toujours momentanément corrigée par la grossesse. Dans les premiers mois cependant, la flexion utérine est plus prononcée; car le corps est devenu plus lourd sans que les conditions anatomiques du col utérin aient été modifiées; mais plus tard, à mesure que le col participe au travail d'évolution, et que son tissu

prend plus de consistance, la matrice se redresse en s'élevant dans l'abdomen. Après l'accouchement, l'antéflexion se reproduit le plus souvent, tantôt au même degré qu'avant, tantôt à un degré plus marqué. Quelquefois, cependant, surtout si la malade est soumise à des soins spéciaux bien entendus, l'antéflexion peut être spontanément guérie par suite des modifications heureuses qu'une nutrition plus active apporte dans la texture de la paroi antérieure de la matrice.

En dehors de ce travail favorable, la terminaison de l'antéflexion par la guérison, soit spontanée, soit artificielle, est fort rare. C'est une lésion que la plupart des malades conservent pendant la plus grande partie de leur vie, et souvent, sans douleur et à leur insu.

Diagnostic. — L'antéflexion est essentiellement caractérisée par la présence d'une tumeur ordinairement mobile de bas en haut, ayant la forme et la consistance du tissu utérin, située au-devant de la matrice et perceptible au toucher par le cul-de-sac vaginal antérieur. Ces caractères aideront à la différencier d'une tumeur liquide ou solide développée soit dans la vessie, soit dans la cloison vésico-utérine, soit encore dans la paroi antérieure de la matrice. Mais ce qu'on ne doit jamais perdre de vue (car c'est un élément capital dans le diagnostic), c'est que, dans les tumeurs anté-utérines proprement dites, de quelque nature qu'elles soient (si elles ne se compliquent pas elles-mêmes d'antéflexion), on retrouve toujours le corps de l'utérus dans sa situation normale, tandis que dans l'antéflexion il est porté en avant, de manière à ne pouvoir être senti à sa place ordinaire.

Mais alors reste à savoir si l'on a affaire à une antéflexion ou à une antéversion ; on arrive à distinguer ces deux lésions par l'exploration attentive de la face antérieure de l'utérus. Dans l'antéversion, l'organe tout entier étant plus ou moins couché en avant, sa face antérieure conserve sa forme normale et sa continuité ; tandis que dans l'antéflexion, cette face antérieure est en quelque sorte interrompue par la plicature de l'organe au niveau de l'union du col et du corps de la matrice : là on trouve un angle plus ou moins ouvert en avant et surmonté d'une tumeur formée par le corps utérin fléchi sur le col.

Pour donner au diagnostic plus de précision encore, on peut s'aider du cathétérisme de la vessie, qui sert à découvrir une tu-

meur développée dans cet organe, et du cathétérisme de la matrice, dont on doit user avec toutes les précautions et les ménagements que nous avons recommandé plus haut.

PRONOSTIC. — L'antéflexion n'a pas ordinairement de gravité par elle-même; mais elle aggrave les autres lésions utérines avec lesquelles elle coexiste assez souvent. Dans les phlegmasies péri-utérines et dans la métrite interne, par exemple, elle retarde la résolution du travail inflammatoire; en outre, dans cette dernière affection, elle apporte, ainsi que nous l'avons dit, un obstacle mécanique à l'issue des mucosités utérines.

Elle peut encore constituer une lésion incommode et gênante, lorsqu'elle détermine des phénomènes de ténesme vésical.

Il ne faut pas oublier enfin que l'antéflexion au 3e degré est une cause assez fréquente de stérilité. Sous ce rapport cette lésion mérite de fixer l'attention et appelle une intervention thérapeutique directe.

THÉRAPEUTIQUE. — Nous avons déjà déclaré que nous ne considérions pas les flexions utérines comme des lésions habituellement curables. Nous ne croyons donc guère à l'efficacité des moyens qui ont été proposés pour les guérir. Comme il n'existe aucun procédé spécialement applicable à l'antéflexion, nous ne nous occuperons point d'une manière particulière de son traitement. Les réflexions que nous avons présentées plus haut, à propos du traitement des flexions utérines en général, sont trop applicables ici pour qu'il soit nécessaire d'insister davantage.

Nous rappellerons seulement qu'avant tout on doit rechercher s'il existe quelque lésion vitale concomitante, et, dans l'affirmative, s'appliquer à la combattre par tous les moyens appropriés. Par cette sage méthode, on triomphe le plus souvent des douleurs et de la leucorrhée qui incommodent le plus les malades; et, quand cet important résultat est obtenu, on peut employer quelques-uns des moyens mécaniques propres à pallier l'antéflexion, particulièrement les pessaires à levier de Hodge (fig. 29). Ces instruments seront placés de manière à refouler le corps utérin en haut et en arrière, c'est-à-dire dans un sens inverse à celui de l'antéflexion.

ARTICLE II.

DE LA RÉTROFLEXION.

Définition. — L'utérus est en rétroflexion lorsqu'il est courbé en arrière, de façon à former un angle dont le sinus, plus ou moins ouvert, regarde vers le sacrum.

Fréquence. — La rétroflexion s'observe plus rarement que l'antéflexion : sous le rapport de la fréquence, elle est à l'antéflexion à peu près ce que la rétroversion est à l'antéversion.

Anatomie pathologique. — Ainsi que nous l'avons noté dans nos généralités sur les flexions utérines, la paroi postérieure de la matrice a subi, le plus souvent, une altération plus ou moins profonde dans sa texture; elle a perdu une partie de sa consistance et de son épaisseur, ce qui explique le sens dans lequel la flexion s'est opérée.

Si l'on pratique la section longitudinale de l'utérus, on constate que le canal cervical et la cavité du corps forment une ligne brisée au niveau de la courbure de flexion. En ce point, la paroi utérine postérieure, fortement ployée, forme une espèce d'éperon saillant dans l'utérus (fig. 60). Il importe, pour la pratique du cathétérisme, de ne pas perdre de vue cette disposition de la cavité utérine.

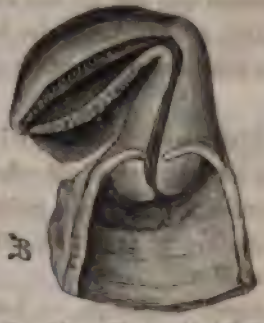

Fig. 60. — (Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.)

On trouve assez fréquemment les ligaments antérieurs de la matrice relâchés, le corps de l'organe engorgé; enfin, il n'est pas rare de rencontrer, comme complication, les lésions de la métrite interne, de l'engorgement et de la métrite granuleuse du col.

Étiologie. — La rétroflexion reconnaît les mêmes causes que les autres lésions mécaniques de la matrice; la diversité des résultats s'explique par la différence dans la direction des forces et dans les conditions organiques de l'utérus au moment où ces forces agissent. Ces principales causes sont : l'affaiblissement, l'atonie, la perte de consistance ou l'amincissement de la paroi postérieure de la matrice,

provenant le plus souvent d'une métrite chronique ; — les grossesses répétées, les maladies du placenta, l'insertion plus fréquente de cet organe sur la paroi utérine postérieure ; — le relâchement des ligaments antérieurs de la matrice ou la rétraction de ses ligaments postérieurs ; — les brides et les adhérences résultant d'une phlegmasie ou d'une hématocèle péri-utérine ; — le poids des viscères abdominaux ou d'une tumeur située au-dessus et en avant de la matrice.

Outre ces influences, on peut signaler comme causes occasionnelles : les coups sur l'abdomen, les chutes sur le bassin, les efforts de toute nature, les accès répétés et prolongés de toux, etc.

Nous n'ajouterons qu'une remarque relative à l'influence de l'âge et de la gestation. Nous avons vu, dans l'article précédent, que l'antéflexion était assez fréquente chez les jeunes filles et les femmes nullipares : la rétroflexion s'observe plus rarement dans ces deux conditions, tandis qu'on la rencontre assez communément chez les femmes qui ont eu des enfants. On pourrait donc dire que l'antéflexion est le partage des femmes nullipares et la rétroflexion le propre des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses.

Symptomatologie. — Ici encore nous retrouvons deux espèces de cas : 1° ceux où la rétroflexion existe sans provoquer aucun trouble fonctionnel et n'est point soupçonnée des femmes qui en sont atteintes ; 2° ceux où elle s'accompagne de divers phénomènes morbides.

Signes subjectifs. — Les malades accusent des douleurs dans le bas-ventre, des tiraillements dans les aines, des pesanteurs sur le fondement et dans les reins. Ces souffrances deviennent plus vives dans la station verticale ou pendant la marche ; quelques malades ne peuvent même marcher qu'en se ployant, pour ainsi dire, en deux. On s'accorde à placer le siége de la douleur, ou au moins son *maximum* d'intensité, dans la région sacrée. Nous avons plus d'une fois vérifié l'exactitude de cette opinion ; mais nous croyons que Valleix a été trop loin en considérant le fait comme constant.

D'autres ont regardé les douleurs des régions sus-inguinales comme caractéristiques. Nous avons insisté ailleurs sur l'influence des phlegmasies péri-utérines relativement à la localisation de la douleur dans les lésions mécaniques de l'utérus ; nous croyons donc qu'on a par erreur attribué ces douleurs à la rétroflexion, et nous

sommes d'avis qu'il faut les rapporter, en général, à l'existence actuelle ou antérieure d'une inflammation péri-utérine.

Quelques malades enfin éprouvent des douleurs expulsives. Nous dirons bientôt à quoi tient ce phénomène, dont Valleix nous paraît encore avoir exagéré la fréquence sans en donner l'explication.

La rétroflexion s'accompagne habituellement de constipation, et quelquefois de ténesme rectal. La défécation est parfois douloureuse, surtout si la rétroflexion est compliquée de métrite.

Souvent les règles sont douloureuses aussi, et leur écoulement est précédé de ce sentiment de ténesme et d'expulsion utérine dont nous venons de parler. Ces efforts expulsifs sont nécessités par l'obstacle qu'oppose au flux cataménial la déviation du conduit utérin, résultant de la flexion.

Les souffrances de même nature, que ressentent les malades atteintes simultanément de métrite interne et de rétroflexion, sont dues à la même cause et se produisent par un mécanisme analogue.

Ici, comme dans l'antéflexion, la déviation du conduit utérin, lorsque la courbure est très-marquée, peut devenir un obstacle à l'imprégnation et, par suite, une cause de stérilité.

Signes objectifs. — Dans la rétroflexion, on trouve le museau de tanche tantôt porté en avant, tantôt dirigé suivant l'axe du vagin, d'autres fois enfin, regardant en arrière du côté du rectum. Cette dernière disposition se rencontre dans les rétroflexions très-prononcées, mais surtout dans les cas où le col utérin, relevé lui-même vers le corps, a pris une grande part à la rétroflexion.

En explorant par le cul-de-sac postérieur du vagin la face rectale de la matrice, on constate quelquefois, c'est-à-dire lorsque la rétroflexion est très-marquée ou lorsqu'elle se complique de rétroversion, une tumeur globuleuse formée par le corps de l'utérus; cette tumeur est habituellement mobile de bas en haut; elle se laisse refouler, mais elle retombe dès que le doigt l'abandonne. Elle a la consistance du tissu utérin, et la forme de la paroi postérieure et du fond de la matrice, à moins que le tissu de l'organe ne soit altéré par quelque lésion organique.

Par le toucher vaginal et le palper hypogastrique réunis, on ne trouve pas le corps de l'utérus au-dessus du pubis, là où on le rencontre d'habitude; mais on peut le sentir, si l'on a soin de le relever et de le repousser simultanément en avant avec le doigt introduit dans le vagin.

Le toucher rectal, qu'il est utile de pratiquer dans la rétroflexion, permet de constater la tumeur formée en arrière par le corps utérin et refoulant la paroi de l'intestin.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — La rétroflexion, comme l'antéflexion, se produit d'une manière lente et progressive dans la majorité des cas, en passant par les degrés intermédiaires avant d'atteindre sa limite extrême qui constitue le troisième degré. Cependant, on a cité des exemples de rétroflexion survenue subitement à la suite d'une chute ou d'un effort. Ce que nous avons dit de la durée et des terminaisons de l'antéflexion est entièrement applicable à la rétroflexion.

La seule particularité qu'il nous reste à signaler, c'est le phénomène de *l'enclavement*, que nous avons décrit en parlant de la rétroversion, et qui peut aussi se produire, dans la rétroflexion, pendant le cours de la grossesse.

DIAGNOSTIC. — Une rétroflexion peut être prise pour une tumeur rétro-utérine ou pour une rétroversion.

Les tumeurs rétro-utérines avec lesquelles on peut confondre la rétroflexion sont liquides, comme les kystes, les hématocèles et les abcès; ou solides, comme le phlegmon péri-utérin, les corps fibreux, les polypes, une grossesse extra-utérine, les tumeurs stercorales, etc.

Pour faciliter le diagnostic, on peut encore diviser ces tumeurs en *utérines* et *extra-utérines*.

Il est aisé, par un examen attentif, de distinguer une rétroflexion d'une tumeur extra-utérine; il suffit, en effet, de constater que la matrice est indépendante de la tumeur. Ainsi, lorsque, par une exploration directe, on trouve l'utérus à sa place habituelle et dans sa direction normale, en même temps qu'on rencontre une grosseur entre cet organe et le rectum, il est clair qu'on n'a pas affaire à une rétroflexion. En outre, si c'est une tumeur liquide (abcès, kyste ou hématocèle), on le reconnaît à la consistance et à la fluctuation de la tumeur.

Mais le diagnostic offre plus de difficultés avec le phlegmon péri-utérin. Toutefois, ces difficultés s'aplanissent aisément si l'on se reporte aux caractères des engorgements péri-utérins chroniques; la fixité de la tumeur, sa consistance plus ferme que celle du tissu utérin, le sillon de séparation qui marque habituellement les limites

du phlegmon et du col de la matrice, la présence très-fréquente d'une ou de plusieurs artères, sont autant de signes par lesquels les tumeurs inflammatoires rétro-utérines se distinguent d'avec une rétroflexion.

Quant aux tumeurs utérines proprement dites, telles que les polypes et les corps fibreux de la paroi postérieure de la matrice, on les voit s'associer assez souvent à la rétroflexion, dont elles sont même quelquefois la cause déterminante. Dans ce cas, le diagnostic ne présente pas d'embarras sérieux. La rétroflexion se reconnaît à l'absence du corps utérin derrière le pubis; et la tumeur fibreuse se distingue par son volume, qui dépasse généralement celui de la matrice, et surtout par sa consistance, qui est incomparablement plus dure.

Mais, si le corps fibreux existe sans rétroflexion, on trouve la tumeur en arrière, soit par le cul-de-sac vaginal postérieur, soit par le rectum, et, au-devant d'elle, le corps de la matrice, dont on sent le relief se dessiner d'une manière plus ou moins nette par le toucher abdominal et le toucher vaginal réunis.

La rétroflexion se distingue de la rétroversion par la déformation de la paroi postérieure de la matrice, et par l'angle rentrant que forment entre eux le col et le corps de l'organe.

Dans les circonstances rares où l'exploration manuelle ne suffit pas pour fixer le diagnostic, on peut recourir au cathétérisme utérin.

Avant d'introduire la sonde, on doit constater l'exacte direction du col de la matrice et ne pas perdre de vue la ligne brisée que forme la cavité utérine (fig. 60).

Si le museau de tanche a conservé sa direction habituelle, ou s'il est un peu porté en avant, de manière à être dirigé dans l'axe du vagin, on introduit la sonde en tournant sa concavité en arrière et en portant fortement son extrémité libre vers le périnée; puis on redresse doucement l'instrument, en même temps qu'on pousse lentement son extrémité supérieure en haut et en arrière.

Si le col de l'utérus concourt à la rétroflexion, s'il est relevé vers le corps, de manière que le museau de tanche regarde directement en arrière, on présente d'abord la sonde à l'orifice utéro-vaginal en tournant sa concavité en avant, comme s'il s'agissait d'une antéversion; puis, quand le bout de l'instrument est arrivé au niveau de la courbure ou de l'orifice cervico-utérin, on imprime avec précaution un mouvement de demi-rotation à la sonde, de manière à tourner

sa concavité en arrière. On achève alors la manœuvre comme dans le cas précédent.

Quant au PRONOSTIC et au TRAITEMENT, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit dans les généralités et dans le précédent article sur l'antéflexion.

Nous nous contenterons de rappeler que c'est surtout à la rétroflexion que M. Hervez de Chégoin a proposé d'appliquer le pessaire en pelle (fig. 28), et Valleix un pessaire à air qu'il glissait dans le cul-de-sac vaginal postérieur, après avoir redressé la matrice. On peut employer aussi pour la rétroflexion le pessaire à levier (fig. 29). Il est inutile de chercher à démontrer l'insuffisance de ces moyens, sur laquelle nous avons insisté dans le chapitre XXII (p. 546 et suiv.).

Nous avons exprimé plus haut notre opinion sur la mèche intra-rectale proposée par M. Huguier et le pessaire à air intra-rectal, ou *réducteur*, préconisé par Favrot. Les inconvénients et les dangers résultant de ces instruments laissés à demeure dans le rectum nous engagent à rejeter d'une manière absolue de tels procédés.

ARTICLE III.

DES LATÉROFLEXIONS.

Les flexions latérales de la matrice sont plus rares encore que les latéroversions. On les observe quelquefois cependant, soit simples, soit unies à d'autres déviations : c'est le cas le plus ordinaire.

Dans les latéroflexions, la matrice est fléchie sur un de ses côtés. Par le toucher vaginal, on peut constater l'angle rentrant formé par la courbure de l'organe, tantôt à droite, tantôt à gauche. La tumeur globuleuse, constituée par le corps de l'utérus, présente les mêmes caractères de consistance et de mobilité que celle qu'on observe en avant et en arrière dans les antéflexions et dans les rétroflexions.

Quant aux troubles fonctionnels, ils sont analogues à ceux que nous avons décrits en traitant des autres déviations.

Les latéroflexions peuvent aisément en imposer pour des phlegmons chroniques des ligaments larges. Les détails dans lesquels nous devons entrer à propos du phlegmon péri-utérin nous dispensent de plus amples développements.

Comme pour le diagnostic de la rétroflexion, on tiendra compte ici de la forme, de la consistance et de la mobilité de la tumeur,

de la présence ou de l'absence de battements artériels, etc. Enfin, on se souviendra que, dans le cas de phlegmasie péri-utérine, on trouve ailleurs le corps de l'utérus, formant une tumeur indépendante de l'engorgement phlegmoneux; tandis que dans la latéroflexion on ne rencontre qu'une seule tumeur, constituée par le corps même de la matrice et présentant les caractères que nous avons indiqués plus haut.

Dans les cas douteux, on peut recourir au cathétérisme, en se conformant aux règles et aux précautions que nous avons précédemment exposées. Comme pour l'antéflexion et la rétroflexion, on doit introduire la sonde en dirigeant sa concavité du côté correspondant à l'angle de courbure de la matrice : du côté droit, pour la latéroflexion droite; du côté gauche, pour la latéroflexion gauche.

Les indications thérapeutiques sont les mêmes que celles que nous avons formulées en traitant des flexions utérines en général.

CHAPITRE XXVI.

DES LÉSIONS MÉCANIQUES COMPOSÉES OU COMPLEXES.

Les lésions mécaniques de l'utérus, que nous venons d'étudier isolément, ne se présentent pas toujours dans cet état de simplicité. Assez souvent elles se combinent entre elles, de manière à donner à la matrice les formes et les directions les plus variées.

Le prolapsus de la matrice, à quelque degré qu'il soit, n'existe presque jamais seul. Tandis que l'organe s'abaisse, il s'incline aussi, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés; plus rarement on le trouve infléchi en même temps qu'abaissé.

Les versions peuvent se combiner entre elles et former des *anté-latéroversions* ou des *rétro-latéroversions*.

D'autres fois elles se combinent avec les différentes espèces de flexions; et alors, tantôt la version et la flexion se sont opérées dans le même sens, de sorte qu'on a, par exemple, sur le même utérus une antéversion et une antéflexion, ou bien une rétroversion et une rétroflexion; tantôt la flexion et la version se sont effectuées en sens

inverse; dans ce cas l'organe est simultanément incliné en avant et fléchi en arrière, pour former la lésion que nous nommons *anté-rétroflexion;* ou il est incliné en arrière et fléchi en avant, pour former ce que nous appelons une *rétro-antéflexion.*

Les flexions s'unissent aussi entre elles, tantôt dans le même sens, tantôt en sens contraire. Ainsi, le col et le corps peuvent être infléchis simultanément, soit en avant, soit en arrière, de manière à déterminer une antéflexion ou une rétroflexion double, en forme de croissant; ou bien ils peuvent être courbés en sens contraire, le col en avant par exemple, *et vice versâ*, de façon à donner à l'utérus la forme d'un *S*, ainsi que nous avons eu l'occasion de le rencontrer quelquefois.

Dans d'autres circonstances, enfin, les lésions mécaniques sont plus compliquées encore; ainsi, l'utérus peut être à la fois fléchi dans un ou dans deux sens, incliné soit en avant soit en arrière et, de plus, penché à droite ou à gauche ; il en résulte des *anté-rétro-latéroversions*, des *anté-rétro-latéroflexions*, etc.

On comprend de combien de manières différentes ces lésions peuvent se combiner; nous croyons inutile d'y insister davantage.

Ces déviations multiples, qu'une exploration très-attentive permet généralement de bien reconnaître, donnent lieu aux mêmes symptômes que les déviations simples; seulement elles y ajoutent une certaine gravité; et, en raison des flexuosités décrites par l'utérus, elles apportent une grande gêne à l'introduction de l'hystéromètre et à la cautérisation de la surface interne de l'utérus : cependant, il est rare qu'avec une certaine habitude du manuel opératoire, et en prenant toutes les précautions convenables, on ne parvienne pas à vaincre cet obstacle.

Le traitement des déviations complexes offre le plus souvent de sérieuses difficultés.

La réduction avec les doigts est presque toujours impossible. Pour l'obtenir il faut généralement employer l'hystéromètre.

Quant aux moyens de contention, ce n'est qu'après bien des essais qu'on parvient à trouver un pessaire qui puisse convenir. La ceinture hypogastrique est souvent un bon moyen palliatif.

CHAPITRE XXVII.

DE L'INVERSION DE L'UTÉRUS.

Nous parlerons brièvement de cette lésion, qu'on a rarement l'occasion d'observer et qui constitue le plus souvent un accident de l'accouchement.

Définition. — L'*inversion utérine* consiste dans un changement de situation et de forme tel que la matrice est complétement ou incomplétement retournée sur elle-même, à la manière d'un sac ou d'un doigt de gant, de sorte que tout ou partie de la face externe devient interne et *vice versâ*.

L'inversion est encore désignée sous les noms de *renversement*, *introversion*, *retournement*, *invagination*, etc.

Degrés. — Dans le *premier degré*, le fond de l'utérus est faiblement déprimé; il ne dépasse pas l'orifice cervico-utérin.

Dans le *second degré*, le fond de la matrice, un peu plus déprimé, descend dans la cavité utérine, mais il s'arrête à l'orifice du museau de tanche.

Dans le *troisième degré*, le fond de l'utérus franchit l'ouverture externe du col; mais une partie de l'organe seulement fait saillie dans le vagin.

Dans un *quatrième degré*, le renversement est complet; tout l'organe est descendu dans le vagin, ou même apparaît hors de la vulve. La matrice est alors dans une position diamétralement opposée à celle de l'état normal : le col utérin est tourné en haut, tandis que le fond regarde en bas. La poche formée par l'utérus du côté de l'abdomen est tapissée par le péritoine; elle contient les ligaments larges, les trompes et les ovaires; les anses intestinales peuvent s'y engager, et même, au dire de Levret, une partie de la vessie et du rectum.

Nous croyons qu'on pourrait aisément simplifier ces divisions et ne distinguer que trois degrés, en réunissant en un seul le premier et le second, dans lesquels le fond de l'utérus ne franchit pas l'orifice du museau de tanche.

ÉTIOLOGIE. — L'inversion de l'utérus n'est possible qu'à la condition d'une altération préalable de l'organe ; il faut que sa cavité soit agrandie, que son tissu soit frappé d'atonie et que ses parois aient subi un certain degré d'amincissement ou de ramollissement.

Le mécanisme du renversement implique et nécessite ou une propulsion ou une traction du fond de l'utérus de haut en bas.

Le renversement est quelquefois spontané, mais le plus souvent il est provoqué par des manœuvres obstétricales ou chirurgicales.

Une tumeur — fibrome ou polype — insérée sur la partie supérieure de la face interne de la matrice, agrandit progressivement la cavité utérine, distend et amincit ses parois, entraîne par son poids le fond de l'organe et l'attire graduellement vers l'orifice du museau de tanche ou jusque dans le vagin. Telle est la cause la plus ordinaire et tel est le mécanisme habituel de l'inversion progressive.

L'inversion se produit par un mécanisme analogue dans certains accouchements rapides, lorsque l'expulsion du fœtus s'effectue brusquement, la femme étant debout ou accroupie, et que le placenta reste adhérent aux parois utérines. Dans ces conditions, la traction violente exercée par le poids de l'enfant sur le cordon ombilical peut amener le renversement de la matrice. Ici le renversement s'opère brusquement, au lieu d'être lent et progressif comme dans le cas de polype ou de fibrome.

Suivant Nauche, Levret, Capuron, Dugès et Boivin, l'inversion spontanée peut encore être le résultat de contractions utérines exagérées et irrégulières, d'efforts expulsifs violents et répétés vers la fin de l'accouchement ou pendant la délivrance, de tractions exercées par le placenta ou par un caillot volumineux sur les parois de l'utérus frappées d'inertie, etc. Enfin, le renversement a été attribué aussi quelquefois à la brièveté du cordon ombilical ou à son enroulement autour du cou de l'enfant.

L'inversion artificielle, plus fréquente que l'inversion spontanée, est toujours la conséquence d'une traction manuelle exercée indirectement sur le fond de l'utérus. C'est ainsi qu'on la voit se produire à la suite d'une application de forceps, de tractions trop vives et trop fortes sur le cordon ombilical pendant la délivrance, de manœuvres entreprises dans le but de détruire les adhérences du placenta.

Les tractions exercées sur un polype ou sur un fibrome pendant l'extirpation de ces tumeurs, déterminent parfois le renversement

de la matrice avec d'autant plus de facilité que l'organe est prédisposé à cet accident par la distension de sa cavité, l'amincissement et la flaccidité de ses parois.

Symptomatologie. — *Signes subjectifs.* — L'inversion s'annonce, au moment de l'expulsion du fœtus ou de la délivrance, par une douleur aiguë, vive, déchirante, par une hémorrhagie abondante, des défaillances, des syncopes.

Plus tard cette lésion donne lieu à un sentiment de plénitude dans le vagin, à des douleurs dans le bassin et dans les reins, à des sensations de tiraillements dans les aines et de pesanteur sur le périnée, qui augmentent dans la station verticale, dans la marche, dans les efforts de défécation et de miction et pendant la période menstruelle. Les malades sont sujettes à de fréquentes métrorrhagies, à un écoulement séro-sanguinolent presque continuel et à une abondante leucorrhée.

Dans le second et le troisième degré, le ténesme vaginal vient souvent s'ajouter aux symptômes précédents.

La marche est difficile, pénible, quelquefois même impossible. On observe enfin la plupart des troubles sympathiques qui accompagnent les affections utérines, mais principalement les nausées, les vomissements et les lipothymies.

Signes objectifs. — Dans le premier degré, le fond de l'utérus n'ayant pas franchi le museau de tanche, le toucher vaginal ne décèle aucune modification dans la forme de l'organe; mais, par le palper hypogastrique, on peut constater l'absence d'une partie du corps utérin.

Au second degré, on sent, par le toucher vaginal, au lieu du museau de tanche, une tumeur, formant dans le vagin une saillie globuleuse, hémisphérique, entourée à sa partie supérieure et comme étranglée par le museau de tanche, sensible à la pression, et présentant une surface lisse, humide, comme tomenteuse, saignant facilement au contact du doigt.

Au troisième et dernier degré, on trouve à la partie la plus déclive du vagin ou à la vulve une tumeur ayant la forme d'un cône tronqué ou d'une gourde, dont le sommet est en haut et la base en bas. La surface de cette tumeur présente les mêmes caractères que précédemment. Nous avons déjà dit qu'elle se montre quelquefois hors

de la vulve (fig. 61); et alors il est facile d'apprécier ses caractères par la vue et par le toucher.

Dans le premier degré, on sent encore le globe utérin dans la cavité pelvienne par le palper hypogastrique. Mais ce mode d'explora-

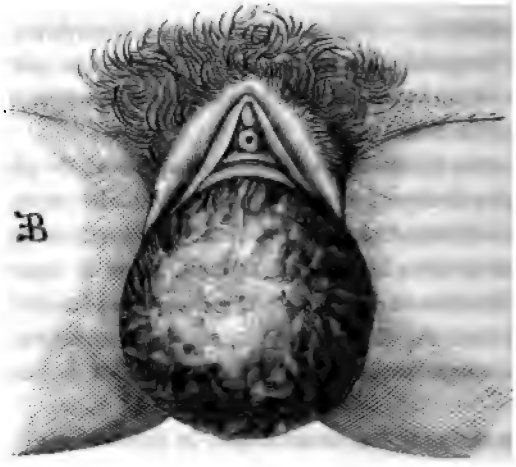

FIG. 61. — (Empruntée à l'atlas de Dugès et Boivin.)

tion ne permet pas, si profondément qu'on le pousse, de sentir le fond de la matrice, dans le second et le troisième degré de l'inversion.

L'examen au spéculum ne révèle rien au premier degré. Au second et au troisième degré, on aperçoit dans le champ de l'instrument la tumeur formée par le fond de la matrice renversée, la couleur rosée de la muqueuse et les deux orifices des trompes de Fallope.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISONS. — Nous avons déjà exposé, à propos de l'étiologie, que l'inversion utérine peut se produire de deux manières : 1° d'une manière aiguë, rapide, brusque; 2° d'une manière chronique, lente, progressive.

L'inversion aiguë ou brusque est, avons-nous dit, le résultat d'une traction violente exercée sur le fond de l'utérus : elle survient pendant le travail de l'accouchement ou de la délivrance, lorsque l'expulsion du fœtus s'opère brusquement ou lorsque le placenta est adhérent au fond de la cavité utérine. L'inversion aiguë peut se produire encore à l'occasion de l'extirpation d'un polype ou d'un fibrome utérin, par suite des tractions excessives exercées sur ces tumeurs.

Quant à l'inversion à évolution lente ou chronique, elle se rattache à la présence d'une tumeur intra-utérine, fibrome ou polype, dont le poids attire progressivement l'utérus et renverse sa cavité.

L'inversion aiguë se termine assez souvent d'une manière funeste. Les malades succombent à l'abondance de l'hémorrhagie, à l'intensité de la douleur, à l'épuisement nerveux, à des syncopes répétées ou à des phénomènes convulsifs.

Dans l'état chronique, la marche, la durée et la terminaison de la maladie varient suivant son degré. Au premier degré, l'utérus renversé peut se réduire spontanément, au bout d'un temps assez court. Au second degré, le corps utérin, étranglé par le museau de tanche, peut s'enflammer et même se mortifier. Au troisième degré, l'inversion n'est pas spontanément réductible ; elle a de la tendance à persister indéfiniment. On a vu des malades atteintes d'inversion utérine durant dix, vingt et trente années. Pendant ce temps la membrane muqueuse se congestionne, s'épaissit, s'irrite et s'enflamme. Si l'utérus renversé franchit la vulve, la muqueuse, subissant le contact de l'air et les frottements continuels des vêtements et des cuisses, pendant la marche, se dessèche, durcit et prend les caractères de la peau.

Le plus souvent, les malades sont sujettes à des hémorrhagies irrégulières et fréquentes, et à des pertes séro-sanguinolentes, quelquefois même sanieuses, presque incessantes. Sous l'influence de ces accidents, des malaises et des douleurs qui les accompagnent, le sang s'appauvrit, les fonctions digestives deviennent languissantes, les forces s'abaissent, la santé générale s'altère, l'embonpoint diminue et les malades tombent dans un état voisin du marasme.

Plus rarement, l'inversion se termine d'une manière favorable, vers l'époque critique. Sous l'influence de la ménopause les hémorrhagies s'arrêtent, la vitalité de la muqueuse utérine diminue, le tissu entier de l'organe subit une sorte d'atrophie ; la tumeur formée par la matrice renversée se réduit de moitié, les accidents cessent d'une manière définitive, et la santé redevient florissante.

On a cité aussi des exemples de réduction spontanée, non-seulement pour l'inversion aiguë, mais aussi pour l'inversion chronique. Cette heureuse issue du renversement utérin est tellement rare qu'il faut la considérer comme une exception et ne pas trop compter sur une pareille terminaison.

DIAGNOSTIC. — Le renversement de la matrice peut être confondu avec les polypes, les tumeurs fibreuses, les concrétions sanguines et le prolapsus utérin. Mais si l'on tient compte des caractères propres à chacune de ces affections, le diagnostic présente ordinairement peu de difficultés.

Quand le renversement de la matrice est incomplet, on le reconnaît à la dépression du fond de l'organe, qu'il est aisé de constater par le toucher vaginal et le toucher hypogastrique réunis. Cette dépression, que Mauriceau a comparée à un cul de fiole, appartient exclusivement à l'inversion, et jamais on ne l'observe chez les malades atteintes de polypes, de tumeurs fibreuses, de concrétions sanguines ou de prolapsus, à moins que ces lésions ne s'accompagnent elles-mêmes d'un commencement d'inversion utérine, ce qui d'ailleurs est assez rare.

Lorsque le renversement de la matrice est complet et que, par conséquent, l'utérus est descendu dans le vagin, après avoir franchi l'orifice du museau de tanche, le diagnostic peut offrir au premier abord quelques difficultés, mais un examen attentif de la tumeur, une étude exacte de sa forme, de ses insertions et de ses rapports ne tarderont pas à dissiper tous les doutes. L'utérus renversé diffère essentiellement des polypes, des tumeurs fibreuses et des concrétions sanguines, par l'aspect de sa surface externe, par la facilité avec laquelle cette surface donne lieu à des hémorrhagies, par la sensibilité de la membrane qui recouvre la tumeur, et par les deux dépressions latérales qui correspondent aux orifices des trompes utérines. Un autre signe très-propre à éclairer le diagnostic consiste dans l'absence complète de l'orifice du museau de tanche, dont on ne retrouve les traces sur aucun des points de la tumeur, tandis que dans les polypes, les fibromes ou les concrétions sanguines, quel que soit leur volume, on constate, soit avec le doigt indicateur, soit avec l'hystéromètre, la présence de l'orifice utéro-vaginal qui embrasse le pédicule de la tumeur.

Une particularité de la marche des polypes qu'il importe de ne pas oublier à propos de diagnostic, et sur laquelle nous avons appelé l'attention (p. 460), c'est la procidence intermittente et passagère de ces tumeurs hors de l'utérus, dans le canal vaginal. Il en résulte des alternatives d'apparition et de disparition de la tumeur qu'on n'observe jamais dans l'inversion.

Le prolapsus utérin se distingue de l'inversion par la forme de la

tumeur plus grosse en haut qu'en bas, par la présence du fond de la matrice dans le bassin, du museau de tanche et de l'orifice utérin dans le vagin.

L'absence de l'utérus dans l'excavation pelvienne, facile à constater par le palper hypogastrique, le toucher rectal ou le cathétérisme de la vessie, vient s'ajouter aux autres signes qui permettent de distinguer le renversement complet de la matrice de toute autre tumeur utérine.

Enfin, les commémoratifs, la notion de l'origine et de l'évolution de la maladie sont des auxiliaires utiles pour mettre sur la voie du diagnostic, dans les cas douteux.

Pronostic. — Ce que nous avons dit des terminaisons possibles du renversement suffit pour établir la gravité de cette affection, qui varie, d'ailleurs, suivant les degrés et l'ancienneté de la maladie et suivant la nature des complications ou des accidents qui l'accompagnent.

L'inversion récente et complète peut compromettre promptement la vie des malades par l'abondance de l'hémorrhagie, la violence des douleurs, la manifestation de convulsions graves, etc. Ces accidents doivent être conjurés par de rapides tentatives de taxis.

L'inversion récente et incomplète est plus facile à réduire; elle expose à moins d'accidents. Cependant elle peut produire la gangrène du corps utérin par étranglement.

L'inversion ancienne et chronique est souvent irréductible; elle constitue alors une infirmité pleine d'inconvénients et de dangers. Elle est un obstacle aux rapports conjugaux et à la conception. Elle est la source d'écoulements abondants, d'hémorrhagies fréquentes, de douleurs répétées, qui épuisent les malades et les conduisent au marasme, à moins que la ménopause n'amène, comme nous l'avons indiqué plus haut, une atrophie du tissu utérin et un amendement des symptômes qui constituent une des terminaisons les plus favorables qu'on puisse souhaiter.

Thérapeutique. — Le traitement de l'inversion utérine comprend: 1° des moyens de réduction; 2° des moyens chirurgicaux; 3° des moyens palliatifs.

1° La *réduction* est la première opération que l'on doive tenter. Elle est toujours possible et généralement assez facile dès le début de

l'accident. Avec la pulpe des doigts introduits dans le vagin on refoule le fond de l'utérus suivant la direction connue de cet organe, de manière à faire passer le corps utérin successivement par l'orifice utéro-vaginal, par le conduit cervical et par l'orifice cervico-utérin. Quelquefois une première tentative est inefficace ou insuffisante; on doit alors s'y reprendre à plusieurs fois et renouveler le taxis jusqu'à ce que la réduction soit obtenue. Chaque manœuvre ne doit pas se prolonger au delà de trente minutes. Le docteur Dalliez et, après lui, le docteur White conseillent d'exercer simultanément sur l'hypogastre une contre-pression, dans le but de fixer le col et de retenir la matrice.

Pour épargner à l'opérée des douleurs inutiles et pour obtenir une résolution musculaire très-favorable à la réduction, on aura recours au chloroforme ou à l'éther. On peut aussi favoriser l'opération par l'emploi préalable de lotions ou de fomentations émollientes, de pommades opiacées ou belladonées.

Le taxis peut s'opérer encore, mais moins facilement, quelques jours et même quelques semaines après l'accident. M. Barrier a réduit une inversion datant de quinze mois; M. Courty, une de dix mois; M. Sims, une de neuf mois et une autre de douze; mais on ne dit pas s'il s'agissait d'inversion complète. Il est probable que ces réductions ont trait à des renversements incomplets, au premier ou au second degré.

Cette supposition nous paraît surtout devoir être admise pour les exemples, rapportés par MM. West, White et Noeggerath, de réduction d'inversions utérines datant de douze, treize et quinze ans. Ces réductions ont été opérées par le procédé du docteur Tyler Smith. Ce procédé consiste à laisser à demeure dans le vagin un pessaire creux en caoutchouc et à air, destiné à exercer sur l'utérus une pression graduée, conjointement avec une pression extérieure pratiquée avec la main, matin et soir, pendant dix minutes chaque fois. La réduction a été obtenue en huit ou dix jours par ce moyen; mais encore une fois, M. Sims ne dit pas quel était le degré de l'inversion. Quoi qu'il en soit, ce procédé est inoffensif et il mérite d'être employé dans tous les cas avant de recourir à une opération sanglante.

2° *Traitement chirurgical.*— La plus simple de toutes les opérations sanglantes est celle qui consiste à faire au niveau du col utérin des incisions longitudinales de manière à diviser les fibres circulaires, à

pratiquer une sorte de débridement et à écarter ainsi un des principaux obstacles à la réduction.

Si ce procédé échoue, il ne reste plus, pour obtenir la cure de l'inversion utérine, qu'une ressource suprême, l'amputation de l'organe.

C'est une opération très-grave, souvent mortelle, soit par les hémorrhagies abondantes qui l'accompagnent, soit par les complications inflammatoires qu'elle peut provoquer dans le péritoine et dans les organes pelviens.

Cependant elle a été pratiquée heureusement depuis Béranger de Carpi et Ambroise Paré, par un certain nombre de chirurgiens, et notamment dans ces dernières années par MM. M'Clintock (de Dublin), Channing (de Boston), West (de Londres), et Kœberlé (de Strasbourg). Sur un relevé de cinquante-neuf cas, M. West cite quarante-deux succès; M. Forbes enregistre vingt-sept succès sur trente-six opérations; M. M'Clintock trois succès sur trois.

Malgré ces résultats encourageants, on ne doit recourir à l'extirpation de la matrice qu'à titre d'*ultima ratio*, si l'inversion est absolument irréductible et si les accidents qu'elle détermine mettent sérieusement en danger la vie des malades.

Les procédés opératoires sont : l'excision, la ligature, l'écrasement linéaire.

L'excision avec le bistouri, employé avec succès par Velpeau, est un procédé dangereux; elle expose à des hémorrhagies immédiates, à la section du péritoine ou à la lésion des intestins.

La ligature se fait avec un fil métallique dont on entoure le pédicule de la tumeur. La constriction doit être lente et progressive, de manière à provoquer une inflammation adhésive entre les feuillets du péritoine qui tapissent la face interne de l'utérus renversé. Ce procédé exclut tout danger d'hémorrhagie et n'expose pas à pénétrer dans la cavité abdominale.

L'écrasement linéaire, préconisé par M'Clintock et par Sims, nous paraît justement rejeté par M. Courty, qui lui reproche avec raison de provoquer des douleurs atroces, de produire des hémorrhagies et une péritonite suraiguë, comme dans le fait rapporté par Aran dans ses *Leçons cliniques*.

Après l'opération, la malade doit garder le repos au lit, dans la position horizontale, jusqu'à la guérison de la plaie utérine.

Le pansement consiste en des lotions et des injections journalières,

composées, suivant les cas, d'eau de guimauve, d'eau alcoolisée, d'une solution d'acide phénique.

S'il survient une hémorrhagie, on touche les surfaces saignantes avec une solution de perchlorure de fer.

3° *Traitement palliatif.* — Lorsque l'inversion est irréductible et que la cure radicale n'est point tentée, il faut par des moyens palliatifs écarter les complications, combattre les accidents, calmer les douleurs, rendre enfin supportable cette incommode et dangereuse infirmité.

Dans ce but, on conseille les lotions ou les injections vaginales fréquentes, avec des liquides émollients, acidulés ou légèrement astringents ; — l'abstention de toute occupation pénible, de tout effort violent et prolongé, de longues marches, de la danse, des fatigues corporelles. Les malades doivent éviter de se tenir longtemps debout; elles doivent rechercher, autant que possible, la position assise ou le repos sur une chaise longue.

Il est utile de soutenir l'utérus avec une pelote périnéale ou avec un bandage en T.

Les hémorrhagies sont réprimées par les hémostatiques ordinaires : repos horizontal, applications de compresses imbibées d'eau froide sur hypogastre et sur les cuisses, lotions sur la muqueuse utérine saignante avec des plumasseaux de charpie imbibés de jus de citron ou de perchlorure de fer. En même temps, on prescrit à l'intérieur la limonade sulfurique, le perchlorure de fer, le seigle ergoté, le suc d'ortie commune (à la dose d'une cuillerée à potage dans la journée).

On peut, à l'exemple d'Aran, de Floret, de M. Courty, employer des topiques astringents ou caustiques dans le but de modifier la *vitalité* de la muqueuse utérine et même de détruire progressivement le tissu de cet organe et d'amener ainsi son atrophie. C'est pour obtenir ce résultat que l'on a conseillé les applications réitérées de tannin ou de perchlorure de fer, les cautérisations avec le caustique de Vienne, le chlorure de zinc ou le fer rouge.

Les premiers moyens ne présentent aucun danger, et ils suffisent souvent pour *tanner*, en quelque sorte, la muqueuse utérine et prévenir les hémorrhagies.

Les caustiques énergiques peuvent produire de graves accidents; il ne faut y recourir qu'avec une extrême circonspection.

QUATRIÈME PARTIE

MALADIES DES ANNEXES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER.

DE L'INFLAMMATION PÉRI-UTÉRINE.

Dans la première édition de cet ouvrage, nous avons accordé de longs développements à l'histoire du phlegmon péri-utérin, C'était alors une nécessité. Cette lésion était peu connue, révoquée en doute par les uns, niée même par les autres. Il fallait en démontrer l'existence et en établir la légitimité clinique sur des bases solides, sur des arguments formels, sur des preuves décisives. C'est ce que nous nous sommes appliqués à faire en invoquant un ensemble de faits empruntés tour à tour à l'anatomie normale, à l'anatomie pathologique, à l'observation et à l'expérience.

Aujourd'hui, la cause est gagnée. Nul ne conteste l'existence du phlegmon péri-utérin. Cette maladie est admise par tous les gynécologistes et décrite dans les traités les plus récents de pathologie utérine. Nous n'avons donc plus à revenir sur une polémique passée, ni à reproduire ici les débats auxquels donnèrent lieu nos premiers travaux. Il nous est permis aussi, — sans rien retrancher toutefois de ce que l'expérience nous a démontré vrai, — il nous est permis maintenant de nous montrer moins exclusifs que nous avons été entraînés à l'être alors que nous avions à soutenir nos plus fermes convictions contre les plus vives résistances.

Du reste, nous n'avons jamais été aussi absolu dans nos opinions en ce qui concerne le phlegmon péri-utérin que nos contradicteurs ont paru le croire. Ainsi, c'est par une interprétation abusive de notre pensée qu'on nous a fait restreindre au seul tissu cellulaire le champ de l'inflammation péri-utérine. Nous savons fort bien, et l'observation nous l'apprend tous les jours, que le molimen inflammatoire peut avoir des origines et des siéges divers dans cette

région complexe; qu'il peut débuter tantôt par le tissu cellulaire, tantôt par le péritoine, tantôt par les trompes, tantôt par les ovaires; que, quel que soit celui de ces tissus ou de ces organes qu'il envahisse le premier, il reste rarement borné à ses limites primitives; qu'il ne tarde pas à s'étendre, à se propager aux parties voisines ou plutôt contiguës. Cette extension du travail phlegmasique trouve son explication toute naturelle dans les rapports étroits et les relations intimes, tant anatomiques que physiologiques, qui unissent entre eux les tissus et les organes intra-pelviens.

Ces considérations, pleinement confirmées d'ailleurs par les données de la clinique et de l'anatomie pathologique, nous engagent à présenter ici une étude générale de l'inflammation péri-utérine, avant de décrire isolément l'inflammation des divers organes qui entourent l'utérus.

Définition. — L'inflammation péri-utérine doit donc s'entendre d'un état inflammatoire occupant à la fois ou tour à tour, et par voie de propagation rapide, les annexes de l'utérus : tissu conjonctif, ovaires, trompes, feuillets péritonéaux, ligaments larges.

M. Virchow a désigné l'inflammation péri-utérine sous le nom de *périmétrite*. Nous nous servirons quelquefois de cette expression parce qu'elle est employée par beaucoup de médecins et qu'elle a cours dans la science; mais nous ferons observer pourtant qu'elle est incorrecte et peu conforme à la terminologie classique et usuelle.

Quel est, entre les tissus et les organes péri-utérins, le point de départ habituel du travail phlegmasique? Les observateurs ne sont point d'accord sur cette question. Pour M. Gendrin, et pour Grisly Hervitt, c'est le tissu cellulaire; pour Aran, c'est la trompe et l'ovaire; pour MM. Bernutz et Goupil, c'est quelquefois le péritoine pelvien, à l'inflammation duquel ils ont attribué, suivant nous, une trop grande prépondérance. Nous croyons que le foyer primitif de l'inflammation n'a rien de fixe, ni d'absolu; tantôt la phlegmasie débute par l'ovaire ou les trompes, tantôt par le tissu conjonctif, tantôt par le péritoine. Cependant, il résulte de nos propres observations que l'inflammation commence le plus souvent par les ligaments larges et par le tissu cellulaire péri-utérin; qu'elle débute assez fréquemment aussi par l'ovaire, plus rarement par la trompe, plus rarement encore par la séreuse pelvienne. Sous ce dernier rapport, nous partageons l'opinion d'Aran, qui regardait

la pelvi-péritonite comme une lésion secondaire, consécutive à l'inflammation des organes contigus.

Fréquence et étiologie. — L'engorgement inflammatoire des annexes de l'utérus est une maladie très-commune. M. Courty le compte pour un tiers dans la pathologie utérine et péri-utérine. Nous croyons que le professeur de Montpellier est resté en deçà de la vérité. Il est possible que cette supputation soit exacte pour l'inflammation péri-utérine primitive, simple, isolée; mais elle est très-insuffisante si l'on tient compte des phlegmasies péri-utérines secondaires, qui compliquent si souvent la métrite et les autres lésions de la matrice. Alors, ce n'est plus pour un tiers, mais au moins pour moitié que l'inflammation péri-utérine doit figurer dans la statistique gynécologique.

L'inflammation péri-utérine se développe, d'une manière générale, sous l'influence de toutes les causes, de tous les agents, capables de produire une congestion excessive et persistante dans l'utérus et dans ses annexes.

La période de la vie où les femmes sont le plus exposées à l'influence de ces causes, c'est de vingt à trente ans, c'est-à-dire à l'âge où se manifeste au plus haut degré l'activité fonctionnelle des organes de la génération.

Or, pendant cette période, l'étiologie de la plupart des affections utérines et péri-utérines est dominée par deux causes prédisposantes physiologiques : la menstruation et la puerpéralité.

Beaucoup de phlegmasies péri-utérines sont, en effet, le résultat de troubles dans la fonction menstruelle. Ainsi, on peut les voir se développer quand le flux cataménial est dérangé dans sa marche régulière ou brusquement interrompu par l'emploi intempestif des lotions ou des injections froides, par l'immersion générale ou partielle du corps dans l'eau froide. Les émotions vives, les impressions violentes produisent quelquefois les mêmes effets. L'onanisme, l'abus du coït, les excitations génésiques trop réitérées, sont des causes assez fréquentes d'hypérémie ou d'inflammation pour les annexes de l'utérus. Il faut signaler aussi le danger des rapprochements sexuels pendant l'époque des règles, et les accidents graves qui peuvent résulter soit des bains de siége, soit des bains entiers, stimulants ou chauds, auxquels on a parfois recours dans le but de provoquer ou d'exciter une menstruation tardive ou insuffisante.

Il n'est pas rare alors qu'on dépasse le but en déterminant une congestion exagérée, une hypérémie inflammatoire ou hémorrhagique de l'appareil génital.

Nous avons observé des cas d'inflammation péri-utérine occasionnés par le séjour prolongé d'un pessaire dans le vagin; cet accident se montre surtout lorsqu'il existe déjà antérieurement une métrite interne. Nous avons vu les mêmes conséquences fâcheuses se produire aussi à la suite de l'application des redresseurs intra-utérins, et après des cautérisations trop énergiques ou trop souvent répétées du col ou du corps de la matrice.

Nous devons mentionner encore les diverses causes traumatiques, telles que les manœuvres violentes destinées à provoquer l'avortement; les opérations sanglantes pratiquées sur l'utérus, etc.

Assez souvent, enfin, la périmétrite se développe secondairement, et par voie de propagation, à la suite d'une inflammation primitive de la muqueuse du vagin ou de l'utérus. Dans ces circonstances, la vaginite ou la métrite gagne l'ovaire, le tissu cellulaire péri-utérin ou le péritoine pelvien, de la même manière que la blennorrhagie, chez l'homme, s'étend de la muqueuse uréthrale à l'épididyme, au testicule et à la tunique vaginale.

Les fatigues corporelles excessives, les coups, les violences, dirigées sur le bas-ventre, les chutes sur le bassin, doivent figurer ici à titre de causes déterminantes ou occasionnelles.

Malgré l'extrême et incontestable influence que la fonction cataméniale exerce dans l'étiologie des phlegmasies péri-utérines, on ne saurait nier qu'elles peuvent, dans des circonstances rares il est vrai, se développer aussi avant l'époque de la puberté, ou du moins avant l'apparition des règles. Ainsi, nous avons observé ces affections chez des jeunes filles de quatorze à seize ans, dont la menstruation présentait des irrégularités dans ses débuts, avec des douleurs locales et des troubles généraux trahissant le laborieux effort de la nature pour arriver à son but. Dans ce cas, l'inflammation péri-utérine s'explique généralement par un excès de congestion utéro-ovarienne, et par une sorte de pléthore intra-pelvienne persistante.

Quant à l'âge critique, il détermine souvent dans les organes de la génération et dans leurs fonctions physiologiques des perturbations qui deviennent parfois l'origine de divers états morbides. Bien que nous n'ayons jamais observé d'engorgement inflammatoire péri-utérin lié directement à la ménopause, nous ne nions pas qu'il

n'en puisse être une des conséquences. Cependant nous sommes plutôt portés à croire que les phlegmasies péri-utérines qu'on rencontre au delà de l'âge critique sont rarement le fait de ce nouvel état physiologique, mais que leur origine remonte le plus ordinairement à une époque antérieure à la suppression des menstrues.

La puerpéralité constitue, plus encore que la menstruation, une prédisposition physiologique au développement de l'inflammation péri-utérine.

Après l'accouchement et la délivrance, l'utérus et ses annexes se trouvent placés dans les conditions les plus favorables au développement des phlegmasies aiguës ou sub-aiguës. Une femme en couches a été comparée justement à un blessé, et les suites de la parturition à un véritable traumatisme. Cette aptitude à l'inflammation, qui est encore plus prononcée peut-être pour les organes et les tissus péri-utérins que pour l'utérus lui-même, cette aptitude est si grande que la cause occasionnelle la plus légère, en apparence, suffit pour la mettre en jeu. Souvent même cette cause est si obscure qu'elle est, en quelque sorte, insaisissable et qu'elle échappe à l'observation la plus attentive. Cependant il est permis d'attribuer plus particulièrement une influence funeste à la longueur et aux difficultés de l'accouchement, aux manœuvres ou aux opérations qu'il rend quelquefois nécessaires, aux irrégularités, aux accidents et aux complications de la délivrance.

Plus tard, aux causes précédentes s'ajoutent toutes les influences capables de troubler les suites de l'accouchement, la décongestion et le dégorgement des tissus hypérémiés par la grossesse, et le retour des organes de la génération à l'état normal. Ainsi agissent l'insuffisance ou la suppression des lochies, les émotions morales, l'impression du froid, les fatigues hâtives, la reprise prématurée des occupations et des travaux habituels, les marches prolongées, les promenades en voiture à une époque trop rapprochée des couches; les violences extérieures, les coups, les chutes sur le bassin. Nous devons signaler encore l'usage prématuré des rapports sexuels et surtout leur abus. Enfin l'emploi de ceintures ou de corsets trop serrés, pendant les premiers temps qui suivent l'accouchement, peut contribuer au développement de la périmétrite en occasionnant une gêne mécanique de la circulation intra-pelvienne.

Les troubles ou la suppression de la sécrétion lactée exercent une influence incontestable sur la production de l'inflammation péri-utérine, soit que ces troubles ou cette suppression se montrent d'une manière primitive, soit qu'ils apparaissent d'une manière secondaire et qu'ils soient eux-mêmes liés symptomatiquement ou sympathiquement à quelque manifestation pathologique du côté de l'utérus ou de ses annexes. Cette étroite relation pathogénique entre la lactation et la périmétrite est tellement réelle et tellement frappante qu'elle n'avait point échappé aux observateurs du siècle dernier. Dans son *Traité d'accouchement*, publié en 1743, Puzos consacre un chapitre spécial à l'histoire des engorgements qui apparaissent dans le bassin, chez quelques femmes récemment accouchées; et il leur donne le nom de *dépôts laiteux*. Levret, Déleurie, Doublet et Gastelier adoptent et développent les idées de Puzos sur ce sujet. Sans doute, on ne saurait admettre aujourd'hui ni la dénomination de dépôts laiteux, ni la théorie erronée dont elle est l'expression; tout ce qu'on doit en retenir c'est que les anciens gynécologistes avaient entrevu les phlegmasies péri-utérines d'origine puerpérale, et les rapports étiologiques qui les unissent à l'allaitement.

Mais ce n'est pas seulement le trouble ou la suppression de cette fonction qui peut devenir une cause d'inflammation péri-utérine; nous croyons que l'abandon si généralement répandu de l'allaitement maternel doit aussi contribuer au développement de cette affection. D'abord, la périmétrite est très-commune dans les villes et chez les femmes de la classe opulente, c'est-à-dire chez celles qui renoncent le plus volontiers et le plus ordinairement à allaiter leurs enfants. Puis il y a une raison physiologique très-propre à expliquer ce rapport étiologique entre le développement de l'inflammation péri-utérine et l'abstention de l'allaitement maternel. Cette raison, nous la trouvons dans les relations fonctionnelles intimes qui existent entre l'appareil mammaire et l'appareil utéro-ovarien, particulièrement dans la période puerpérale. On ne saurait révoquer en doute que l'allaitement, en excitant et en entretenant l'activité sécrétoire des mamelles, ne produise une sorte de dérivation en faveur de l'utérus et de ses annexes et ne prévienne ainsi ces molimens fluxionnaires ou inflammatoires auxquels la grossesse, la parturition et la puerpéralité prédisposent ces organes. L'abstention de l'allaitement, au contraire, en supprimant le bénéfice de cette utile dérivation, laisse les organes intra-pelviens plus

exposés à tous les accidents que les couches peuvent entraîner à leur suite.

FORMES ET DIVISIONS.—Quelques auteurs, prenant en considération l'étiologie de l'inflammation péri-utérine, l'ont divisée en *puerpérale* et *non-puerpérale*. — Nous ne voyons aucune raison pratique pour adopter cette division. Assurément la puerpéralité est la cause la plus commune de la périmétrite; nul doute aussi, comme nous le dirons bientôt, que cette origine n'ajoute beaucoup à l'intensité des symptômes, à la gravité du pronostic, à la rapidité de la marche, et aux chances funestes de la terminaison; mais elle n'imprime à la physionomie de l'affection aucun caractère particulier, ni à ses allures aucune marque spéciale, qui soient de nature à autoriser où à justifier une distinction nosologique.

Les seules formes ou plutôt les seuls états qu'il importe de signaler au point de vue pratique, sont l'état *aigu*, l'état *subaigu* et l'état *chronique*, sur lesquels nous reviendrons particulièrement à l'occasion de la symptomatologie, du diagnostic et du traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le premier mot sur l'anatomie pathologique de l'inflammation péri-utérine a été dit par Morgagni. L'illustre anatomiste rapporte (art. 28, épist. 46) que, chez une femme morte trente jours après l'accouchement, l'ovaire et la trompe droite adhéraient avec le côlon et étaient en partie détruits par un abcès.

Cette observation concorde avec les résultats des recherches les plus récentes sur ce sujet délicat. Il est avéré, en effet, que l'inflammation péri-utérine reste rarement circonscrite et bornée à un des éléments anatomiques voisins de l'utérus. Généralement elle est diffuse, et elle embrasse successivement ou simultanément, au même degré ou à des degrés divers, le tissu cellulaire péri-utérin, les trompes, les ovaires, le péritoine du petit bassin et les feuillets péritonéaux dans lesquels sont compris l'utérus et ses annexes.

Dans la première période du travail inflammatoire, tous ces tissus, tous ces organes sont hypérémiés. Le tissu cellulaire est engorgé, épaissi, infiltré de sang et de sérosité; la trompe et l'ovaire sont tuméfiés; le péritoine intra-pelvien, fortement injecté, présente les caractères d'une inflammation séro-adhésive qui unit lâchement entre eux les organes du petit bassin.

A un degré plus avancé, les adhérences sont plus intimes et plus nombreuses; l'infiltration séreuse devient purulente; le pus se montre non-seulement dans le tissu conjonctif, mais encore dans les trompes, les ovaires et le péritoine. On trouve alors ce liquide quelquefois épanché dans la cavité pelvienne, mais le plus souvent enkysté par des brides péritonéales ou des fausses membranes.

Toute cette masse inflammatoire forme une tumeur, irrégulièrement globuleuse, bosselée à sa surface, grosse tantôt comme un œuf de poule, tantôt comme une orange, presque toujours accolée à la matrice, quelquefois même confondue avec cet organe.

Cette apparence de tumeur persiste à l'état chronique, mais elle présente un moindre volume et une forme plus inégale, plus irrégulière. Les caractères anatomiques de l'inflammation proprement dite n'existent plus; il ne reste que les produits du travail phlegmasique: fausses membranes, brides, adhérences, nodosités fibro-cicatricielles, baignées de pus ou de sérosité; collections séreuses ou purulentes, tantôt enkystées, tantôt communiquant par un trajet fistuleux avec le rectum, le vagin ou la vessie.

Les lésions inflammatoires spéciales du tissu cellulaire, du péritoine, des trompes et des ovaires, trouveront une description particulière dans les chapitres suivants consacrés au phlegmon péri-utérin, à la pelvi-péritonite, aux abcès péri-utérins, à la tubite et à l'ovarite.

Symptomatologie. — Nous signalerons successivement les symptômes de l'état aigu et ceux de l'état chronique.

1° **État aigu.** — Les symptômes de l'inflammation péri-utérine aiguë varient suivant le siége et l'étendue de la lésion.

Lorsque le travail inflammatoire occupe seulement soit les ovaires, soit le tissu cellulaire péri-utérin, ensemble ou isolément, les malades éprouvent des douleurs profondes, sourdes, tantôt gravatives, tantôt lancinantes, dans le bassin et au niveau des régions iliaques. Ces douleurs sont augmentées par les mouvements, la marche, les efforts, la toux et la défécation.

L'hypogastre est chaud, tendu, légèrement ballonné, sensible à la pression.

La miction est pénible, et souvent elle s'accompagne de ténesme ou de dysurie.

Par le toucher, la muqueuse vaginale donne une sensation de chaleur vive, principalement dans le voisinage de l'utérus. En explorant

le cul-de-sac avec le doigt indicateur, on provoque des douleurs dans la région péri-utérine ou l'on exagère celles qui existent déjà. En même temps, on constate des battements artériels, dont les malades ont quelquefois conscience, et un empâtement, une tuméfaction, qui occupent tantôt tout le pourtour de la matrice, tantôt sa partie postérieure seulement, d'autres fois enfin l'une de ses parties latérales.

A ces symptômes locaux s'ajoute parfois une métrorrhagie dont l'abondance et la durée sont très-variables.

La leucorrhée est plus fréquente encore que la métrorrhagie, bien qu'elle manque aussi dans un certain nombre de cas.

Comme symptômes généraux, les malades éprouvent des malaises, de la lassitude, de l'inappétence, quelquefois des nausées, rarement des vomissements, assez souvent des douleurs très-vives dans la région de l'estomac.

La fièvre est généralement modérée, à moins que l'inflammation n'envahisse une grande étendue de la région péri-utérine. Dans ce dernier cas, on observe des frissons, puis une grande fréquence du pouls et une augmentation de la chaleur organique.

Lorsque le travail inflammatoire, au lieu de rester circonscrit aux annexes de l'utérus, se propage aux feuillets contigus du péritoine, les douleurs locales sont plus intenses, plus aiguës; l'hypogastre est plus ballonné, plus sensible à la pression; les vomissements surviennent, muqueux d'abord, puis bilieux; le pouls est plus accéléré, petit et concentré; on observe, en un mot, les signes habituels d'une péritonite partielle.

L'inflammation péri-utérine affecte assez généralement la marche ordinaire des maladies phlegmasiques, présentant, comme elles, une période d'augmentation, une période stationnaire et une période de déclin. La durée de ces périodes est d'autant plus courte que la réaction locale et la réaction générale sont plus franches et présentent mieux le caractère inflammatoire aigu. La maladie suit alors une évolution assez régulière et s'achemine correctement vers une complète résolution.

Cependant les phénomènes inflammatoires peuvent acquérir une telle intensité que la lésion, au lieu de rétrograder et de se résoudre, aboutit à la suppuration. Cette terminaison s'annonce par la longueur et la persistance de la période stationnaire; par une recrudescence des symptômes locaux, notamment par des douleurs plus aiguës e

plus fixes; par des frissons irréguliers, des sueurs copieuses et surtout par des exacerbations fébriles revenant chaque soir.

L'inflammation péri-utérine prend quelquefois une marche *subaiguë*. Dans ce cas, les phénomènes morbides ne diffèrent de ceux de l'état chronique que par une moindre intensité. La douleur locale est moins vive; la réaction générale est plus modérée, l'hypogastre est moins tuméfié, moins sensible à la pression. Quant à l'engorgement péri-utérin, il se présente avec les caractères précédemment décrits et facilement appréciables par le toucher vaginal.

Dans la forme sub-aiguë, dont la durée est habituellement plus longue que celle de la forme aiguë, l'inflammation péri-utérine est sujette à des *recrudescences*, à des *redoublements*, qui surviennent, en général, à l'époque des règles. Le molimen congestif amène alors des exacerbations qui se traduisent par des douleurs plus vives, une très-grande sensibilité hypogastrique, c'est-à-dire une exagération des symptômes locaux, et même quelquefois un peu de fièvre, de l'inappétence, des nausées, de la courbature, du malaise général. Ces phénomènes vont décroissant en quelques jours, spontanément, peu à peu, au fur et à mesure que la fluxion menstruelle se dissipe.

L'inflammation péri-utérine sub-aiguë s'observe principalement à la suite des couches. Les accouchées éprouvent de grandes difficultés à se rétablir; l'appétit ne renaît point; les fonctions digestives restent languissantes, la langue est chargée, la bouche saburrale; le ventre ne reprend pas son volume et sa forme ordinaires; l'hypogastre est ballonné, sensible à la pression; une sensation de pesanteur et de tension persiste dans l'excavation pelvienne; des douleurs fréquentes se font sentir dans la région utérine, ainsi que des tiraillements dans les reins et dans les aines. Ces phénomènes douloureux augmentent dans la station verticale, dans la marche, sous l'influence des mouvements et des efforts. Ils s'accompagnent d'un grand état de faiblesse, d'un léger mouvement fébrile et souvent aussi d'une tendance excessive à la transpiration. A ces signes on peut reconnaître une phlegmasie péri-utérine puerpérale sub-aiguë. Les signes objectifs fournis par le toucher vaginal viendront confirmer le diagnostic.

2° **État chronique.** — L'inflammation péri-utérine chronique succède quelquefois à l'état aigu, mais le plus souvent à l'état subaigu.

Dans le premier cas, les phénomènes inflammatoires s'apaisent, la réaction générale se dissipe. La lésion locale reste stationnaire; la

tumeur conserve sa forme, devient plus consistante, plus ferme, moins sensible à la pression.

Le passage de l'état sub-aigu à l'état chronique est à peine marqué. Il s'opère assez généralement d'une manière insidieuse et latente.

Les malades éprouvent un soulagement trompeur; elles se lèvent, vaquent à leurs affaires. Elles éprouvent bien de temps en temps des douleurs gravatives dans le bassin et dans les lombes, avec certaines difficultés à marcher, à rester debout, des irrégularités dans la menstruation, une constipation opiniâtre; mais elles n'ont pas grand souci de telles incommodités et elles continuent leurs occupations avec l'espoir que ces malaises se dissiperont d'eux-mêmes. Des mois et même des années s'écoulent ainsi, jusqu'à ce que les malades, lasses de souffrir, ou sous le coup d'une recrudescence, se décident à prendre des soins et à se soumettre à un examen médical.

On constate alors l'existence des symptômes que nous venons de signaler : un sentiment de pesanteur et d'embarras dans l'excavation pelvienne, quelquefois une sensation de battements ou de pulsations dans la région utérine; un certain degré de sensibilité au-dessus du pubis ou dans les fosses iliaques. Ces impressions douloureuses s'irradient dans les reins, dans les aines, dans les cuisses. Elles augmentent sous l'influence des efforts, des mouvements et de la marche; elles augmentent surtout pendant le coït et même parfois au point de le rendre impossible. La constipation est habituelle et la défécation s'opère avec de grandes souffrances.

La leucorrhée est assez fréquente, mais elle n'est pas constante.

Quant à la menstruation, elle est le plus souvent irrégulière, abondante chez certaines malades, diminuée, au contraire, et même supprimée chez d'autres.

Un des signes qui frappent le plus l'attention et qui mettent en éveil la sollicitude des malades, ce sont les recrudescences, les redoublements inflammatoires, que nous avons déjà signalés à l'occasion de l'état subaigu, qui surviennent plus particulièrement à l'époque des règles ou sous l'influence d'une surexcitation des fonctions sexuelles et qui se traduisent par des symptômes aigus plus ou moins marqués : douleurs vives dans le bassin, sensibilité extrême et ballonnement de l'hypogastre, hyperesthésie de l'utérus et des tissus voisins, qui rend le toucher vaginal très-pénible; dysurie, inappétence, quelquefois des nausées et des vomissements, mouvement fébrile léger.

Dans l'état chronique comme dans l'état aigu, l'exploration vaginale fournit des signes d'une importance réelle. A l'aide du doigt indicateur promené autour du museau de tanche, sur les culs-de-sac du vagin, on constate, soit en arrière de l'utérus, soit sur ses parties latérales, une sorte d'empâtement, tantôt diffus, tantôt circonscrit, ayant une surface régulière et lisse, une consistance ferme, paraissant faire corps avec l'utérus, mais pourtant séparé de cet organe par un sillon superficiel. Cet engorgement, cette tumeur, est fixe, immobile; elle est un peu sensible à la pression, beaucoup moins toutefois que dans l'état aigu. On y sent quelquefois aussi des battements artériels, principalement à l'époque des recrudescences.

La périmétrite chronique débute parfois, comme nous l'avons dit, d'une manière sourde, insidieuse, latente. Elle présente une lente évolution et une longue durée. Sa marche, généralement régulière, n'est troublée que par les redoublements inflammatoires dont nous avons parlé un peu plus haut.

Cette phlegmasie n'a pas de tendance à se résoudre spontanément. La terminaison par suppuration est rare, à moins qu'elle ne s'opère sous l'influence d'une violente recrudescence inflammatoire ou qu'elle ne soit provoquée par quelque accident traumatique, un coup, une chute, une violence extérieure quelconque, ou encore par une intervention obstétricale ou chirurgicale.

DIAGNOSTIC. — L'inflammation péri-utérine aiguë doit être distinguée de l'inflammation aiguë de l'utérus, de celle du péritoine pelvien et de celle de la vessie.

Dans la métrite aiguë, les douleurs partent de l'utérus; elles ont leur maximum d'intensité dans la profondeur et vers la partie centrale du bassin; elles présentent le plus souvent le caractère expulsif. — Dans la périmétrite aiguë, les douleurs ont surtout leur siége sur les parties latérales de la matrice, vers le ligament large, dans les régions iliaques, et le plus ordinairement du côté gauche.

La sensibilité hypogastrique, appréciable par le palper abdominal, est plus grande dans l'inflammation péri-utérine que dans la métrite.

La métrite aiguë s'accompagne toujours de leucorrhée et assez fréquemment de métrorrhagie. Ces deux symptômes peuvent manquer et manquent quelquefois dans l'inflammation péri-utérine.

Les phénomènes fébriles et réactionnels sont plus marqués dans la périmétrite aiguë que dans la métrite. Les nausées et les vomi-

sements sont plus fréquents dans la première que dans la seconde de ces deux affections.

Les signes différentiels offerts par le toucher sont plus caractéristiques encore.

Dans la métrite, la matrice conserve sa mobilité; le col utérin, accessible au doigt indicateur, est chaud, turgescent, sensible, douloureux même au toucher; on y perçoit souvent des battements artériels. Des douleurs expulsives et une leucorrhée plus ou moins abondante accompagnent habituellement ces symptômes. Les culs-de-sac vaginaux sont libres et souples comme dans l'état normal.

Dans l'inflammation péri-utérine simple, peu ou point de leucorrhée, pas de douleurs expulsives, aucun signe d'inflammation de l'organe utérin. Mais on trouve dans les culs-de-sac vaginaux, en arrière, en avant ou sur les côtés, une ou plusieurs tumeurs d'un volume variable, solides, lisses, régulières, rénitentes, etc., présentant, en un mot, tous les caractères décrits plus haut (p. 553).

La péritonite pelvienne ou pelvi-péritonite aiguë se montre rarement d'une manière primitive et isolée, comme nous le dirons plus loin; elle s'associe le plus souvent et d'une manière secondaire, consécutive, à l'inflammation des autres organes intra-pelviens. Ses symptômes se confondent alors avec ceux de l'inflammation initiale. Cependant comme on peut, par exception, l'observer isolément, nous dirons qu'elle se distingue de l'inflammation péri-utérine proprement dite par des douleurs plus vives, plus aiguës, plus fixes, par une sensibilité plus grande de la région hypogastrique, par une tension et un ballonnement plus marqués du bas-ventre, par des nausées et des vomissements plus constants et plus opiniâtres, par une altération plus profonde des traits, par plus de fréquence, plus de petitesse et plus de concentration du pouls.

La cystite aiguë est une maladie rare chez les femmes en comparaison de l'inflammation péri-utérine. Elle se distingue de cette dernière affection par l'absence de tumeur au voisinage de l'utérus, par le ténesme vésical, les douleurs de la miction et les modifications caractéristiques de l'urine.

La présence d'un engorgement, d'une tuméfaction dans le voisinage de l'utérus, distingue suffisamment l'inflammation péri-utérine chronique de la métrite chronique.

Il reste donc à établir surtout le diagnostic différentiel de la périmétrite chronique avec l'engorgement utérin, avec les tumeurs de

la matrice, avec les déviations et les flexions, avec les tumeurs de l'ovaire, avec l'hématocèle péri-utérine, avec les tumeurs stercorales, etc. Mais ce diagnostic offre une telle ressemblance avec celui du phlegmon péri-utérin, auquel nous avons consacré plus loin de très-longs développements, que nous croyons devoir prier le lecteur de se reporter aux considérations exposées sur ce sujet dans les chapitres suivants.

Pronostic. — L'inflammation péri-utérine qui se développe à la suite de l'accouchement présente une certaine gravité, d'une part en raison de l'état puerpéral et du traumatisme utérin, d'autre part en raison de l'intensité plus marquée des phénomènes pathologiques et de la tendance plus grande à la suppuration.

La périmétrite aiguë ou subaiguë non puerpérale, dépouillée des funestes conditions de la puerpéralité, emprunte tous ses éléments de gravité à la constitution du sujet, aux circonstances étiologiques qui ont présidé au développement de la maladie, au degré et à l'étendue de la lésion inflammatoire, enfin à la nature des complications et des états morbides concomitants.

La périmétrite aiguë se manifeste parfois avec un cortége de symptômes plus intenses chez les femmes robustes et vigoureuses que chez les femmes délicates et faibles; mais chez les premières, l'inflammation suit généralement une marche plus franche et aboutit plus promptement à une solution favorable. Chez les personnes chétives et débiles, les phénomènes inflammatoires locaux et réactionnels offrent ordinairement moins d'intensité; mais la maladie présente une évolution plus lente, souvent elle revêt une forme adynamique grave; enfin elle se termine plus fréquemment par suppuration que dans le premier cas.

L'inflammation péri-utérine d'origine traumatique peut être légère, de courte durée et se terminer de la manière la plus heureuse toutes les fois que la cause vulnérante a été modérée elle-même. Telle est la périmétrite qui survient à la suite d'une chute sur le bassin, d'un coup ou d'une contusion sur l'hypogastre, d'une cautérisation intempestive de la cavité utérine. L'inflammation péri-utérine se montre, au contraire, avec les caractères de la plus grande gravité lorsqu'elle est le résultat d'un traumatisme violent, comme, par exemple, des manœuvres aveugles et brutales d'un avortement criminel, de la perforation de l'utérus, d'opérations sanglantes pratiquées sur cet

organe, de cautérisations énergiques portées sur le col utérin, etc.

La périmétrite occasionnée par une suppression brusque des règles peut acquérir un extrême degré de gravité, surtout si la suppression survient à l'apogée même de la période menstruelle, au moment où le molimen hémorrhagique est dans toute sa plénitude.

Toutes choses égales d'ailleurs, l'inflammation péri-utérine simple est moins grave que l'inflammation péri-utérine compliquée, puisqu'aux symptômes de celle-ci s'ajoutent des accidents de voisinage qui en modifient la marche et en entravent la guérison. Il va sans dire que, dans ce cas, le pronostic est subordonné à la nature des complications. Ainsi, la vaginite constitue, au point de vue du pronostic de la périmétrite, une complication moins sérieuse que la métrite : d'une part, parce que les rapports du vagin avec les organes intra-pelviens sont plus éloignés et moins immédiats que ceux de la cavité utérine, et d'autre part, parce que la vaginite peut être traitée simultanément avec la périmétrite et guérie avant elle, tandis que, dans la grande majorité des cas, le traitement de la métrite ne peut pas être institué en même temps que celui de l'inflammation péri-utérine sans risquer de produire dans cette dernière lésion des exacerbations compromettantes.

Le pronostic de la périmétrite varie enfin suivant l'étendue et l'ancienneté de l'inflammation. Quand l'inflammation péri-utérine est circonscrite dans d'assez étroites limites, quand elle n'occupe, par exemple, qu'un des côtés de l'utérus, elle offre moins de gravité que lorsqu'elle s'étend à la plus grande partie de la cavité pelvienne. Elle est moins grave aussi lorsqu'elle n'occupe que quelques-uns des organes péri-utérins, au lieu de les intéresser tous. Mais elle acquiert une gravité toute particulière lorsqu'elle envahit, en même temps que les annexes de l'utérus, le feuillet péritonéal qui les recouvre.

La périmétrite a plus de tendance à se terminer par résolution quand elle est récente que lorsqu'elle est ancienne ; mais, en revanche, elle offre dans le premier cas, plus que dans le second, des chances d'accidents, des dangers de complications et notamment une plus grande propension à la suppuration.

L'inflammation péri-utérine chronique ne peut devenir une maladie dangereuse que par l'excès de ses recrudescences, c'est-à-dire par un retour rapide ou subit à l'état aigu. Aussi importe-t-il de mettre les malades en garde contre toutes les causes, toutes les

influences capables de provoquer ces redoutables exacerbations; et il faut, dès qu'elles se montrent, se hâter de les conjurer par une médication prompte et efficace.

Hors de là, la périmétrite chronique ne présente point de dangers pour la vie, mais elle n'en constitue pas moins un état morbide plein d'inconvénients et de troubles pour la santé. Elle est la source de malaises fréquents et d'incommodités nombreuses. Sans empêcher les malades de se livrer à quelques occupations faciles et paisibles, elle leur interdit la fatigue, les efforts, les travaux de longue haleine, la marche, les grands mouvements; elle les expose à des douleurs et à des souffrances répétées, non-seulement dans les organes du bassin, mais encore dans des organes éloignés; à des endolorissements dans les lombes, à des lassitudes dans les jambes, à des névralgies, à des palpitations, à divers troubles digestifs, principalement à la dyspepsie, à l'insuffisance des fonctions de nutrition, à l'appauvrissement du sang, à la chloro-anémie. Les fonctions de la vessie et du rectum peuvent être gênées aussi par les lésions de la périmétrite chronique, d'où résultent le ténesme vésical et la constipation.

La part que les trompes, les ovaires et les ligaments utérins prennent le plus souvent à la phlegmasie porte également un obstacle à l'accomplissement régulier des fonctions de ces organes. Aussi les femmes atteintes de périmétrite chronique sont-elles exposées généralement à la stérilité ou au danger des fausses couches.

THÉRAPEUTIQUE. — Nous nous bornerons ici à donner quelques indications générales, nous réservant d'exposer très-longuement, à l'occasion du phlegmon péri-utérin, les moyens de traitement qui conviennent aux inflammations péri-utérines.

Tout le monde aujourd'hui s'accorde à reconnaître l'opportunité des émissions sanguines dans la périmétrite aiguë.

La saignée générale doit être réservée pour les cas où la maladie se montre avec son summum d'acuité, avec un appareil fébrile intense, et une inflammation locale vive, étendue, occupant la totalité ou la plus grande partie des organes intra-pelviens et menaçant de gagner le péritoine tout entier.

La saignée générale convient surtout au début de la périmétrite suraiguë. Elle doit être proportionnée à la force et à la constitution des malades.

Pour les émissions sanguines locales, nous préférons les sangsues

aux ventouses scarifiées. On y a recours d'emblée ou à la suite de la saignée du bras. On applique depuis 10 jusqu'à 20 ou 25 sangsues, suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires. Cette application se fait sur la région hypogastrique ou au-dessus des aines; il faut placer les sangsues de préférence sur le point où la douleur offre son maximum d'acuité.

Quelquefois une application de sangsues suffit pour produire un notable amendement des symptômes inflammatoires. Mais, le plus souvent, il est utile et même nécessaire de répéter les émissions sanguines locales deux ou trois fois, à 24 ou à 48 heures d'intervalle, pour obtenir une rémission satisfaisante des phénomènes aigus.

MM. Bernutz et Goupil préconisent l'application des sangsues sur le col utérin, lorsque l'inflammation péri-utérine offre peu d'intensité. M. Courty se montre aussi partisan déclaré de ce mode d'émission sanguine, mais il recommande expressément de n'y recourir que lorsque la douleur est peu prononcée et que les symptômes de l'état aigu se sont dissipés.

Concurremment avec les émissions sanguines, il y a lieu d'employer des onctions résolutives et narcôtiques sur le bas-ventre (pommade mercurielle belladonée ou opiacée, cérat laudanisé, liniment d'huile de jusquiame et de camomille camphrée, etc.); des fomentations avec des compresses de flanelle imbibées d'eau de guimauve, de têtes de pavots, de sureau, de graines de lin, des cataplasmes émollients arrosés de laudanum, etc.

Si ces moyens ne suffisent pas pour apaiser la violence des douleurs, on peut prescrire des potions ou des pilules calmantes, des quarts de lavement laudanisés ou mieux encore des trochisques intra-rectaux composés d'extrait d'opium et d'extrait de belladone.

Les nausées et les vomissements sont combattus efficacement par la glace, les boissons acidulées, l'eau de Seltz, la potion de Rivière.

Les boissons préférées par les malades sont: la limonade, l'orangeade, l'eau sucrée aromatisée avec l'eau de fleur d'oranger, l'eau édulcorée avec les sirops de groseille, d'orgeat, de limon ou de cerise.

La constipation doit être combattue, au début, par des lavements émollients ou huileux, et des laxatifs ou des purgatifs légers: la magnésie calcinée, l'huile de ricin, les eaux magnésiennes de Sedlitz, de Pullna, de Birmenstorff ou de Friedrichshall.

Un régime sévère doit compléter le traitement : la diète, dans la première période de la maladie ; des bouillons, des potages, des compotes de fruits, des crèmes légères, dans les périodes suivantes, jusqu'à ce que la curation des symptômes aigus permette de revenir progressivement à une alimentation plus substantielle.

Enfin, les malades atteintes de périmétrite aiguë doivent garder le repos le plus absolu, rester dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses légèrement fléchies, de manière à mettre les muscles abdominaux dans le relâchement.

Les émissions sanguines ont une incontestable utilité dans le traitement de l'inflammation péri-utérine chronique. Elles facilitent la résolution de l'engorgement phlegmasique, elles préviennent ou atténuent les recrudescences, elles les éloignent ou elles les rendent moins fréquentes : elles contribuent, plus qu'aucune autre médication, à les faire disparaître.

Beaucoup d'auteurs et de cliniciens proscrivent la saignée du bras ; nous ne partageons pas cette opinion. Sans doute, elle est rarement indiquée ; mais, dans certains cas, elle donne les meilleurs résultats et elle produit des effets salutaires que les émissions sanguines locales sont impuissantes à donner. Assurément, il ne faut pas l'employer toutes les fois que ces dernières suffisent, ni sur des malades délicates, affaiblies ou anémiques. Mais on peut y recourir avec un réel avantage chez les femmes d'une constitution robuste et chez celles qui présentent des recrudescences inflammatoires intenses et fréquentes, surtout lorsque les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées n'ont pas amendé ces accidents.

La saignée générale doit être pratiquée au début même du redoublement inflammatoire, ou encore immédiatement après la période menstruelle. Elle doit être peu abondante et varier, suivant la force de la constitution et l'intensité des symptômes, entre 45 et 100 grammes.

Les applications de sangsues, préférables ici, comme dans la périmétrite aiguë, aux applications de ventouses scarifiées, sont subordonnées aux mêmes indications et aux mêmes préceptes thérapeutiques.

On doit y recourir, à l'exclusion de la saignée générale, chez les anémiques et chez les malades d'une constitution délicate, dans les cas où la phlegmasie péri-utérine chronique est peu profonde, peu

étendue, lorsqu'elle ne s'accompagne que de douleurs modérées et qu'elle ne donne lieu qu'à de légères et rares recrudescences.

L'émission sanguine locale doit être modérée et pratiquée à des intervalles plus éloignés que pour la périmétrite aiguë. Le nombre des sangsues, toujours proportionné à la quantité de sang que l'on veut obtenir, varie depuis 4 jusqu'à 10. Il est rarement utile d'atteindre ce dernier nombre, si ce n'est dans les cas de redoublements inflammatoires d'une certaine intensité.

C'est surtout au moment de ces redoublements qu'il convient d'appliquer les sangsues; il est souvent utile d'y recourir aussi à l'époque menstruelle, et de préférence après la cessation des menstrues, dans le but de favoriser et de hâter la résolution de la fluxion utéro-ovarienne.

L'application des sangsues sur le col utérin, déjà conseillée par M. Bernutz et par M. Courty pour la périmétrite aiguë, est préconisée d'une manière plus particulière encore par les mêmes auteurs dans le traitement de la périmétrite chronique.

M. Courty témoigne une grande confiance pour cette médication, et voici comment il l'entend et comment il l'applique :

« La déplétion du système utéro-ovarien par l'application de sangsues sur le col, doit être, dit-il, aussi complète et aussi rapide que possible, de manière à n'avoir pas à y revenir, à moins d'inflammation très-chronique avec redoublement, qu'on ne peut jamais enlever avec promptitude ni en une seule fois. Je fais donc, au besoin, après la menstruation, deux ou trois applications consécutives. » Et M. Courty ajoute: « Lorsqu'une seule application m'a donné un écoulement de sang très-abondant, menaçant même pour les malades et nécessitant le tamponnement, j'ai vu les périmétrites, comme les métrites, guérir avec une rapidité prodigieuse. »

Nous avons eu recours, comme M. Bernutz et M. Courty, aux applications de sangsues sur le col utérin dans le traitement de la phlegmasie péri-utérine; mais les résultats que nous avons obtenus n'ont pas été assez satisfaisants pour nous engager à donner la préférence à ce mode d'émission sanguine. L'expérience nous a appris qu'il fallait le proscrire notamment toutes les fois que la périmétrite était compliquée, ce qui est très-fréquent, de métrite interne et d'hystéralgie.

Le vésicatoire volant appliqué sur l'hypogastre est un puissant moyen de révulsion, qui convient à toutes les périodes de la maladie

chez les sujets trop faibles pour supporter les émissions sanguines.

Son application peut être associée utilement aussi aux émissions sanguines locales; mais le plus souvent c'est après l'emploi des sangsues et dans une période plus avancée de la périmétrite qu'on a recours à cet énergique moyen.

Pour prévenir ou modérer les douleurs vives que le vésicatoire éveille souvent chez les femmes nerveuses, impressionnables, la surface de l'emplâtre est saupoudrée de camphre et de morphine, et recouverte d'une feuille de papier de soie huilée.

Les applications de vésicatoires doivent être répétées de temps en temps, tous les huit, dix ou quinze jours, suivant les indications. On les place au niveau de la tumeur péri-utérine, en leur donnant des dimensions un peu plus grandes de manière à en dépasser les limites.

Les agents résolutifs ont également une incontestable efficacité dans la phlegmasie péri-utérine. Les plus généralement usités sont les frictions avec les pommades iodurées et les badigeonnages avec la teinture d'iode.

On a conseillé à l'intérieur les préparations mercurielles, aurifères et arsenicales; nous prescrivons de préférence les préparations iodées et particulièrement l'iodure de potassium, à la dose progressive de 20 à 50 centigrammes par jour.

Les toniques, l'hydrothérapie, les bains de sel, les bains sulfureux, les bains de mer, les eaux de Plombières, de Luxeuil, de Néris, d'Ems, sont indiqués dans la convalescence de la périmétrite chronique, soit pour relever les forces des malades, soit pour combattre certaines complications, telles que l'anémie et l'état nerveux.

CHAPITRE II.

GÉNÉRALITÉS SUR LE PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

Considérations anatomiques. — La première question à résoudre est celle-ci : « Le phlegmon péri-utérin est-il anatomiquement possible? ou, en d'autres termes, existe-il autour de l'utérus une atmosphère celluleuse susceptible de s'enflammer? » Quelques médecins nient formellement le fait. Nous pensons donc qu'il est utile, avant de passer outre, de revenir sur certaines particularités anatomiques qui, tout en répondant à la question qui vient d'être posée, aideront à mieux comprendre la formation et le développement des tumeurs phlegmoneuses du petit bassin, les signes qu'elles fournissent au toucher, les troubles morbides qu'elles provoquent et les accidents dont elles peuvent devenir le point de départ.

Comme nous l'avons déjà dit dans les généralités, l'utérus est placé dans l'excavation pelvienne, entre la vessie en avant, et le rectum en arrière. Un double repli du péritoine sépare la matrice de ces deux organes, et forme, en avant, les *ligaments vésico-utérins ;* en arrière, les *ligaments recto-utérins ;* et sur les côtés, les *ligaments larges*.

On ne saurait contester que les ligaments larges renferment dans leur repli un tissu cellulaire lamelleux, très-lâche et très-extensible, qui permet aux deux feuillets de s'écarter à mesure que le corps utérin se développe pendant l'évolution de la grossesse. Ce tissu cellulaire qui se continue, sur les côtés, avec le *fascia propria* du bassin, ne s'arrête pas, en dedans, sur les parties latérales de la matrice. On le retrouve, avec une structure un peu plus dense, il est vrai, et formant une couche moins épaisse, en avant, en arrière et au-dessus de l'utérus, entre cet organe et le feuillet péritonéal qui tapisse sa surface externe. C'est un fait admis aujourd'hui par tous les anatomistes. Et comment le nier, en présence de ce fait constant d'anatomie générale que toutes les séreuses, au lieu d'être en contact immédiat avec l'organe qu'elles recouvrent, en sont séparées par une couche de tissu conjonctif. Lors même, d'ailleurs, que toutes ces raisons manqueraient, nous dirions encore : « Le tissu cellulaire péri-utérin s'enflamme, donc il existe. » Il est vrai que cette proposition ressemble à un sophisme ou, pour mieux dire, à une pétition de principe ; mais elle n'en est pas moins un très-bon argument.

En effet, serait-ce la première fois que la pathologie viendrait au secours de l'anatomie? et qu'un tissu douteux pour l'œil et pour le scalpel, à l'état normal, révélerait son existence par une manifestation morbide? N'a-t-on pas nié longtemps l'existence de la membrane interne du cœur, du feuillet pariétal de l'arachnoïde ; et, sans sortir des organes qui nous occupent, il y a quelques années l'existence de la muqueuse utérine n'était-elle pas universellement rejetée? Ne faut-il point convenir que les lésions inflammatoires de ces tissus, depuis leur simple vascularisation jusqu'à leur altération la plus profonde, n'ont pas peu contribué à rendre leur existence incontestable? Nous croyons donc avec la grande majorité des anatomistes qu'il existe une couche de tissu cellulaire autour de l'utérus. M. Gosselin, dont personne assurément ne contestera la compétence anatomique, a rapporté, comme nous le dirons plus tard, des cas de phlegmon péri-utérin: il admet donc l'existence de ce tissu cellulaire.

La couche cellulaire péri-utérine, assez épaisse au-dessus de l'insertion du vagin à la matrice et au niveau des culs-de-sac péritonéaux, va s'amincissant, se raréfiant, à mesure qu'elle se rapproche de la partie moyenne et du fond de l'organe. Elle est d'une texture lamelleuse et ne s'infiltre jamais de graisse. Sa minceur et sa structure expliquent à merveille pourquoi l'inflammation, loin de s'y produire toujours avec intensité et sous la forme aiguë et d'y engendrer promptement du pus, y suit souvent, au contraire, une marche lente, progressive, versant, au lieu de globules purulents, des éléments plastiques, dont l'accumulation forme, à la longue, ces masses indurées que nous décrirons bientôt sous le nom de phlegmons péri-utérins chroniques.

Historique. — Faut-il, à l'exemple de M. Bennett, faire remonter à Paul d'Égine la première notion de l'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire qui environne l'utérus et ses annexes? Nous avons soigneusement cherché dans les écrits des chirurgiens grecs, quelque titre sérieux à l'honneur de cette découverte pathologique; nous n'avons trouvé qu'une phrase qui pût, à la rigueur, justifier la manière de voir du médecin anglais: « *Posteriore uteri parte inflammatâ,* dit Paul d'Égine, *in ombilico potissimùm cum tumore infestat.* » Plus loin, il parle de la persistance de l'inflammation *cum duritiâ* et de l'inclinaison de l'utérus d'un côté ou de l'autre. Or, nous le demandons, ne serait-ce pas mal interpréter ce passage et commettre,

en quelque sorte, un contre-sens que d'en faire sortir l'indication du phlegmon rétro-utérin, au lieu d'y voir signalée simplement l'inflammation de la paroi postérieure de l'utérus? D'autant mieux que cette citation est empruntée à un chapitre où l'auteur traite tout au long des phlegmasies de la matrice, de leurs causes, de leurs symptômes et de la thérapeutique qui leur convient.

Les auteurs qui ont suivi Paul d'Égine, Rhazès, Avicenne, Fernel, jusqu'à Fréd. Hoffmann, reproduisent et commentent les opinions du chirurgien grec; comme lui, ils rapportent la majeure partie des maladies du bassin, chez la femme, à une inflammation de la matrice. Rivière parle de kystes, de squirrhes et d'indurations, qu'il place uniquement dans les parois utérines.

Morgagni (*in Artic.* 28. — *Epist.* 46) rapporte que, chez une femme morte trente jours après l'accouchement, l'ovaire et la trompe droite adhéraient avec le côlon et étaient consumés par un abcès; c'était le premier mot de l'anatomie pathologique sur les tumeurs phlegmoneuses suppurées des fosses iliaques. A peu près à la même époque, Delamotte, dans son *Traité de chirurgie*, et Ledran, dans ses *Observations chirurgicales*, citaient des faits analogues. Mais nul encore, à notre connaissance, n'avait signalé l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin.

En 1743, Puzos publie un *Traité d'accouchement*, dans lequel il consacre un chapitre spécial à l'histoire des tumeurs qui apparaissent dans le bassin, chez quelques femmes récemment accouchées. Le nom de *dépôts laiteux*, qu'il leur donne, indique suffisamment combien Puzos se trompait sur l'étiologie, le mode d'évolution et la nature de ces tumeurs. D'ailleurs, comme il ne s'appuyait guère, pour les reconnaître, que sur le toucher hypogastrique, il ne les avait observées que lorsqu'elles étaient assez volumineuses pour proéminer au-dessus du détroit supérieur du bassin. Le traitement qu'il conseille, et qu'il emploie lui-même, est, du reste, fort rationnel: il consiste dans des émissions sanguines souvent répétées, qui ont amené plus d'une fois la résolution de l'engorgement.

Après Puzos, Levret, Déleurye, Doublet et Gastelier signalent aussi les tumeurs des ligaments larges comme des complications fréquentes, à la suite des couches. A l'exemple de Puzos, ils les regardent comme des dépôts laiteux, capables de s'enflammer et de dégénérer en collections purulentes. Pour prévenir cette terminaison fâcheuse, ils préconisent aussi la médication antiphlogistique.

Nauche, dans son *Traité des maladies propres aux femmes*, s'occupe avec un très-grand soin des lésions qui peuvent atteindre l'utérus lui-même, de l'inflammation de sa membrane muqueuse, de son tissu propre et de sa tunique séreuse ou péritonéale ; mais il ne dit rien de la phlegmasie du tissu cellulaire sous-séreux.

Gardien combat la théorie des dépôts laiteux ; mais il localise dans les parois mêmes de l'utérus les tumeurs inflammatoires et les abcès qui se montrent dans le bassin chez les nouvelles accouchées.

Boyer confond dans le même chapitre l'histoire de la phlegmasie de la matrice et celle des ligaments larges ; pourtant il n'admet point qu'une collection purulente puisse se développer dans le tissu dense et serré de l'utérus ; il pense que lorsqu'un abcès se forme, il occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal qui enveloppe l'organe.

M. Duparcque confond les engorgements du corps de l'utérus avec les phlegmons du tissu cellulaire voisin.

Dupuytren, Dance, Husson, MM. Menière, Piotay, Lebâtard, et après eux, Grisolle et M. Bourdon, publient d'excellents travaux sur les tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques ; mais ils disent peu de chose des engorgements des ligaments larges et ils ne mentionnent même pas les phlegmons péri-utérins.

Lisfranc, dans sa *Clinique chirurgicale*, a parlé aussi du phlegmon des ligaments larges à l'état aigu et à l'état chronique.

Dugès et madame Boivin, dans leur *Traité des maladies de l'utérus*, ont passé légèrement sur cette affection.

Dans une thèse soutenue en 1844, M. Verjus traite successivement du phlegmon développé dans les trompes, dans les ovaires et dans l'épaisseur des ligaments larges.

Dans une autre dissertation inaugurale présentée en 1847, M. Satis s'occupe de l'inflammation des annexes de l'utérus et des ligaments larges ; il signale la fréquence de ses phlegmasies, presque exclusivement à l'état aigu, non-seulement à la suite des couches, mais encore en dehors de l'état puerpéral.

Quant à M. Bennett, il envisage surtout l'affection à l'état aigu ; il ne fournit que des notions assez vagues, assez confuses, sur le phlegmon chronique des ligaments larges, et il ne dit rien de son traitement.

Tel était, sur ce point de la pathologie utérine, l'état de la science, vers la fin de l'année 1846, lorsque j'ai commencé mes recherches à l'hôpital Cochin, dans un service où était reçu un assez grand

nombre de femmes venant de la Maternité. Dans le principe, je ne fixai guère mon attention que sur l'engorgement inflammatoire des ligaments larges. J'observai d'abord cette maladie à l'état aigu ; mais ie ne tardai pas à rencontrer des cas assez nombreux de la même affection à l'état subaigu et à l'état chronique ; et en 1848, un de mes internes, M. Boyer, soutenait, devant la Faculté de médecine de Paris, une thèse sur le phlegmon subaigu et chronique des ligaments larges.

Dans le courant de l'année 1849, je commençai à observer quelques cas d'engorgement inflammatoire du tissu cellulaire péri-utérin; et en 1851, un autre de mes élèves, M. Martin, choisit pour sujet de sa dissertation inaugurale « le phlegmon des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin. » Depuis lors, ces faits se sont multipliés dans ma pratique et je n'ai cessé de les signaler à l'attention des praticiens, soit par des observations publiées dans les recueils périodiques, soit dans des conférences cliniques qui ont été reproduites par quelques-uns des journaux de médecine (*Gaz. des hôpitaux*, 1850).

Le phlegmon péri-utérin était-il donc une forme inflammatoire nouvelle, que je venais de découvrir ? Loin de moi cette prétention. J'ai déjà dit que, depuis Puzos, il avait été vu et signalé par quelques praticiens, mais plus particulièrement à l'état aigu et à la suite des couches. Ce que je crois avoir démontré, c'est que cette inflammation n'est pas rare à l'état chronique, et en dehors de l'influence puerpérale. D'où vient que ce fait pathologique, que l'on peut regarder aujourd'hui comme une vérité définitivement acquise à la science, soit passé si longtemps inaperçu? Cela tient à deux raisons principales : la première, c'est que le phlegmon péri-utérin chronique peut quelquefois être si lent dans son développement, si peu intense et si peu étendu, qu'il ne provoque ni aucune gêne locale ni aucune réaction générale, de sorte que les femmes qui en sont atteintes n'en soupçonnent même pas l'existence; la seconde, qui est la plus importante, c'est que cet engorgement peut simuler d'autres affections et particulièrement des phlegmasies, des indurations, des tumeurs de la matrice ou des ovaires, des névralgies ilio-lombaires ou utérines, et qu'il peut, en outre, déterminer des troubles sympathiques du côté de l'estomac ou des accidents nerveux très-variés. Ces derniers phénomènes ont exclusivement fixé l'attention des médecins, qui alors ont combattu l'effet sans remonter jusqu'à la cause. J'ai vu assez souvent, soit des douleurs névralgiques, soit des para-

lysies des membres inférieurs, symptomatiques d'une phlegmasie des ligaments larges ou du tissu cellulaire péri-utérin, et contre lesquelles toutes les ressources de la médication calmante ou antispasmodique avaient été vainement épuisées. Si l'on veut savoir combien il est facile de se tromper et de prendre le change sur les maladies de la matrice ou de ses annexes, on n'a qu'à lire, dans la *Clinique chirurgicale* de Lisfranc, le chapitre où cet auteur traite des erreurs de diagnostic à l'occasion des affections utérines; il y passe soigneusement en revue toutes les causes d'erreur, et il signale les moyens propres à en prévenir quelques-unes. Mais lui-même n'a pas toujours su les éviter. Il est certain que cet éminent chirurgien a souvent méconnu le phlegmon péri-utérin, et qu'il a fait jouer un rôle exagéré à l'engorgement de l'utérus, en lui attribuant plus d'une fois des accidents qui devaient dépendre, soit d'une phlegmasie chronique du tissu cellulaire, soit d'une déviation de l'utérus, soit encore d'une métrite interne, avec ou sans hypertrophie des parois de l'organe. Telle était pourtant l'autorité que Lisfranc s'était acquise dans la pathologie utérine, que ses doctrines ont été acceptées sans un contrôle suffisant et avec trop d'empressement par quelques médecins.

Chomel, ainsi que nous l'avons dit, a décrit, sous le nom de métrite post-puerpérale, une phlegmasie de l'utérus qui survient quelque temps après les couches. J'ai eu de fréquentes occasions de l'observer à l'hôpital Cochin, chez de nouvelles accouchées arrivant de la Maternité. Mais j'ai pu me convaincre aussi que, dans beaucoup de cas, la phlegmasie, au lieu d'être limitée à la matrice, s'étendait au tissu cellulaire voisin, et que, dans certaines circonstances même, l'organe étant tout à fait intact, le tissu cellulaire seul était le siége de l'engorgement inflammatoire.

Ce diagnostic n'est pas toujours facile à établir au début de la maladie, parce que le tissu cellulaire engorgé fait, pour ainsi dire, corps avec la matrice; mais à mesure que la résolution s'opère, le tissu malade se détache, en quelque sorte, de l'organe sain, et un sillon de plus en plus profond ne tarde pas à en marquer la limite. Ce qu'on a toujours pris et décrit pour une métrite post-puerpérale, n'est donc, dans beaucoup de cas, qu'un phlegmon péri-utérin, avec ou sans engorgement de l'utérus.

Mon opinion sur le phlegmon péri-utérin a soulevé de vives et de nombreuses controverses.

Quelques-uns de mes contradicteurs, sans nier la justesse de mes observations ni la légitimité du phlegmon péri-utérin, m'ont accusé d'en exagérer la fréquence, et d'en trouver là où il y avait d'autres altérations. Ainsi, dès l'année 1848, dans un article où il reconnaît l'existence de ces phlegmons et où il insiste sur la nécessité de recherches actives sur ce point encore peu exploré du domaine pathologique, Malgaigne exprimait la pensée que j'avais pu confondre quelquefois les douleurs occasionnées par une névralgie du col utérin avec des douleurs provenant d'un engorgement inflammatoire du tissu cellulaire intra-pelvien. Suivant d'autres, je prenais souvent les tumeurs stercorales ou les flexions utérines pour des phlegmons péri-utérins.

Enfin quelques-uns allèrent plus loin, et pour démontrer le peu de fondement de mon opinion, ils n'hésitèrent point à nier l'existence du tissu cellulaire péri-utérin. J'ai répondu d'avance à cette objection, au commencement de ce chapitre.

Ces résistances m'engagèrent à poursuivre mes recherches avec une ardeur nouvelle, et à me livrer à l'examen des faits avec une attention plus scrupuleuse et plus persévérante, dans le nouveau service qui m'était confié, en 1851, à l'hôpital de la Pitié.

Dans le courant de l'année 1852-53, j'exposai, dans une série de conférences cliniques, l'histoire complète du phlegmon péri-utérin chronique et j'insistai sur la fréquence de cette affection, dont je montrai de nombreux exemples dans ma division des femmes.

En 1853, M. Gosselin fit, à l'hôpital Cochin, d'intéressantes leçons sur le phlegmon péri-utérin, en insistant plus particulièrement sur les caractères de la tumeur et sur les redoublements inflammatoires qui surviennent pendant le cours de la maladie.

En 1854, c'est-à-dire six ans après la publication de mes premiers travaux, Valleix, qui avait d'abord contesté la fréquence du phlegmon péri-utérin et méconnu son importance clinique, inséra, dans l'*Union médicale*, un mémoire sur cette affection, basé sur vingt-cinq observations recueillies dans son service en l'espace d'une année.

Deux ans plus tard, un de ses élèves, M. Gallard choisit le phlegmon péri-utérin pour sujet de sa thèse inaugurale. Qu'il me soit permis, à propos de ce travail, de relever une erreur qui me concerne. M. Gallard, attribuant à Valleix le mérite d'avoir appelé le premier l'attention sur le phlegmon péri-utérin chronique, dit que j'avais spécialement dirigé mes recherches vers l'étude du

phlegmon péri-utérin à l'état aigu. Pour toute réponse, il me suffira de faire remarquer que toutes mes recherches, tous mes travaux et ceux de mes élèves, depuis l'année 1848, ont eu principalement pour objet de démontrer la fréquence de l'engorgement péri-utérin chronique, que Valleix avait niée jusqu'à son arrivée à la Pitié.

L'existence du phlegmon péri-utérin était généralement admise, lorsqu'elle fut de nouveau contestée par MM. Bernutz et Goupil, dans un mémoire intitulé : *Recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins.* Les auteurs de ce travail, s'appuyant sur six observations suivies de l'examen cadavérique des sujets, déclarent que les tumeurs, généralement considérées jusqu'à présent comme des indurations inflammatoires du tissu cellulaire pelvien, ne sont pas autre chose que des masses formées par des adhérences du péritoine et des circonvolutions intestinales, adhérences provenant de péritonites partielles. Les observations de MM. Bernutz et Goupil ne prouvent rien, à notre avis, contre les phlegmons péri-utérins; elles ne font qu'ajouter un élément de plus, un élément important, à l'anatomie pathologique de ces tumeurs. Nous admettons fort bien que la phlegmasie, au lieu de demeurer limitée au tissu cellulaire, se propage souvent au feuillet contigu du péritoine. Donc, pour nous, les observations précitées se rapportent à des cas dans lesquels il y avait eu, à une époque plus ou moins éloignée, simultanément inflammation de la séreuse et du tissu cellulaire péri-utérin. La phlegmasie du tissu cellulaire s'était terminée par une résolution complète; mais restaient les traces indélébiles de l'inflammation péritonéale.

Cela posé, abordons la description du phlegmon péri-utérin, dans laquelle nous comprendrons l'inflammation du tissu cellulaire des ligaments larges et de celui qui entoure immédiatement la matrice.

Siége et divisions. — Aucun des points du tissu cellulaire qui entoure l'utérus n'est à l'abri des atteintes de l'inflammation. Eu égard à son siége, c'est-à-dire aux rapports qu'il peut affecter avec la matrice, nous admettons pour le phlegmon péri-utérin les divisions suivantes :

1° Le phlegmon se développe sur les parties latérales de l'utérus, soit dans le tissu cellulaire contigu à l'organe, soit dans les ligaments larges : c'est le phlegmon *latéral, droit* ou *gauche,* suivant qu'il occupe l'un ou l'autre de ces côtés.

2° Le phlegmon se montre dans le repli des ligaments larges,

dans le tissu cellulaire qui unit l'ovaire et son ligament, la trompe et le ligament rond, à une distance variable, mais toujours assez rapprochée, de la matrice : c'est le phlegmon des ligaments larges proprement dit.

3° Le phlegmon siégeant dans le tissu cellulaire qui sépare la matrice du rectum, ou dans la cloison recto-utérine, est appelé phlegmon *rétro-utérin*.

4° Le phlegmon qui occupe la cloison utéro-vésicale constitue le phlegmon *anté-utérin*.

Nous pourrions admettre une cinquième variété de phlegmon péri-utérin, dont le siége serait le tissu cellulaire qui entoure immédiatement le rectum; mais les cas en sont assez rares ; nous n'avons observé jusqu'à présent qu'un seul exemple de ces phlegmons *péri-rectaux*, et nous croyons qu'on peut les considérer comme une variété du phlegmon rétro-utérin, dont il n'est pas toujours facile de les distinguer pendant la vie.

Des quatre premières variétés de phlegmon, la moins fréquente est, sans contredit, le phlegmon anté-utérin ou utéro-vésical. On observe bien plus souvent le phlegmon des ligaments larges, les phlegmons latéraux et le phlegmon rétro-utérin. La présence du rectum et de l'S iliaque à gauche, l'accumulation des matières fécales, la gêne qui en résulte pour la circulation pelvienne, expliquent pourquoi les phlegmons du côté gauche sont plus fréquents que ceux du côté droit.

Le phlegmon ne reste pas toujours borné à son siége primitif, ni circonscrit dans les limites étroites que nous venons d'indiquer. On sait, en effet, combien l'inflammation du tissu cellulaire a de tendance à se propager et à s'étendre, surtout sous la forme aiguë. Aussi voit-on quelquefois l'engorgement inflammatoire occuper presque tout le tissu cellulaire qui environne la matrice et former une espèce de ceinture autour de cet organe. Le plus souvent l'inflammation débute par un des ligaments larges, et de là elle se porte soit en dedans vers l'utérus, soit en dehors vers les fosses iliaques. Nous dirons plus loin dans quelle étendue la phlegmasie peut alors se développer.

Étiologie. — L'affection qui nous occupe se produit sous l'influence de toutes les causes qui déterminent un appel plus considérable du sang vers l'utérus ou ses annexes, ou qui peuvent amener

une gêne mécanique de la circulation dans ces organes, ou bien y entretenir un état congestif physiologique trop prolongé.

A quel âge et dans quelles conditions se montre plus particulièrement le phlegmon péri-utérin? D'une manière générale, cette affection s'observe surtout pendant cette période de la vie où s'accomplissent les fonctions de l'utérus, c'est-à-dire depuis les premiers signes de la puberté et l'établissement de la menstruation jusqu'à l'âge critique. Avant la puberté, l'utérus et les ovaires ne prennent aucune part à l'activité physiologique du reste de l'organisme. Mais quand arrive le moment où ils doivent entrer en fonction, ces organes, jusque-là rudimentaires, prennent un développement rapide, deviennent le siége d'un grand mouvement circulatoire, et acquièrent un haut degré de vitalité. Chaque mois, cette activité fonctionnelle est encore augmentée par le travail qui s'opère dans le tissu des ovaires. Là, comme on le sait, un ovule se forme, puis se détache de son substratum, tombe dans le pavillon, chemine à travers la trompe et va se perdre dans la cavité utérine, provoquant, au moment de sa formation et pendant toute la durée de sa progression, une hypérémie considérable des organes qu'il traverse. Cette hypérémie se traduit, chez beaucoup de femmes, par du malaise, de la pesanteur, quelquefois même par d'assez vives douleurs dans les lombes et le bassin, et se termine enfin par une hémorrhagie spontanée, dont l'abondance et la durée sont variables.

La fluxion sanguine, qui se fait périodiquement dans les organes de la génération, est donc à nos yeux la cause prédisposante la plus active du phlegmon péri-utérin. Aussi, ne doit-on pas être surpris de rencontrer quelquefois cette lésion chez des filles vierges; c'est un fait sur lequel nous ne saurions trop appeler l'attention, car on croit généralement et quelques auteurs enseignent que l'engorgement péri-utérin ne se montre que chez les femmes qui ont eu des rapports sexuels.

Toutes les influences morales ou mécaniques, capables d'apporter un trouble quelconque à la menstruation, d'en déranger la marche régulière, d'en diminuer ou d'en accroître l'abondance, d'en abréger ou d'en interrompre le cours, et, en dehors de la menstruation, tous les agents susceptibles de porter ou d'entretenir une excitation de longue durée ou fréquemment répétée vers les organes pelviens, toutes ces influences, tous ces agents peuvent agir comme causes déterminantes ou occasionnelles du phlegmon. Telles sont les

impressions morales, l'action du froid sur le tégument externe et, en particulier, sur les extrémités, l'immersion du corps, en temps inopportun, dans une eau dont la température est trop basse ou trop élevée ; l'application intempestive de quelque révulsif cutané, les fatigues corporelles, les violences directement exercées sur le bas-ventre, les chutes sur le bassin ; l'abus de l'onanisme ou du coït, l'introduction et surtout le séjour d'un corps étranger dans le vagin, d'un pessaire, par exemple ; des cautérisations trop souvent pratiquées sur le col ou dans le corps de la matrice, l'usage du redresseur utérin, les déviations utérines, enfin la grossesse et le travail de l'accouchement. Cette dernière cause, qui est incontestablement une des plus actives et des plus fréquentes, agit de deux manières : en appelant vers le bassin une fluxion sanguine exagérée et en déterminant, surtout dans les cas difficiles, des contusions, des déchirures, des plaies, en un mot, un véritable traumatisme, dans les organes de la génération.

L'engorgement péri-utérin peut encore être la conséquence d'une inflammation de la muqueuse vaginale ou utérine (vaginite ou métrite), se propageant par continuité de tissu jusqu'à l'ovaire ou jusqu'au tissu cellulaire des ligaments larges, de même que la blennorrhagie se transmet, chez l'homme, de la muqueuse uréthrale au testicule et à sa tunique vaginale.

Malgré l'extrême importance que nous accordons à l'influence du molimen cataménial dans l'étiologie du phlegmon péri-utérin, l'observation nous apprend qu'il peut, dans des circonstances exceptionnelles, se développer aussi chez les jeunes filles avant l'époque de la puberté, ou tout au moins avant l'apparition des règles. Nous pensons même que cette affection ne doit pas être rare lorsque la puberté s'établit péniblement et avec lenteur, et lorsque la première éruption menstruelle est précédée de douleurs locales et de troubles généraux qui traduisent les efforts que fait la nature pour l'établissement de cette fonction.

On ne saurait nier que l'âge critique exerce souvent une action perturbatrice sur les fonctions des organes génitaux, et c'est ainsi qu'il peut déterminer quelquefois l'engorgement du tissu cellulaire péri-utérin. Cependant, nous l'admettons plutôt par induction que par expérience ; car nous n'avons jamais observé de faits de ce genre ; et, toutes les fois que nous avons trouvé des tumeurs phlegmoneuses chez des malades qui avaient dépassé l'époque critique,

la lésion datait d'un temps antérieur à la cessation définitive de la menstruation.

FORMES. — Comme toutes les phlegmasies, le phlegmon péri-utérin se présente sous deux états qu'il importe de décrire à part : l'état *aigu* et l'état *chronique*, dans lequel nous comprendrons aussi le phlegmon *subaigu*.

On a proposé de diviser le phlegmon péri-utérin en *puerpéral* et en *non puerpéral*; mais cette division ne nous paraît pas fondée sur des raisons suffisantes. Nous avons reconnu que la parturition est une des causes les plus actives et les plus communes du phlegmon péri-utérin; nous dirons bientôt encore combien elle peut ajouter à l'intensité des symptômes, à la gravité du pronostic et à la rapidité de la marche, mais sans imprimer toutefois à la physionomie de l'affection quelque caractère particulier, ni à ses allures aucune forme spéciale, qui soient de nature à autoriser ou à justifier une distinction nosologique.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Sous l'influence des diverses causes que nous venons de faire connaître, le tissu cellulaire péri-utérin peut donc devenir le siége d'une phlegmasie aiguë ou chronique. Mais cette phlegmasie se termine si rarement par la mort, qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de suivre dans ses diverses phases l'évolution des lésions anatomiques. Toutefois nous avons pu nous convaincre, par le petit nombre d'autopsies que nous avons pratiquées, que les caractères nécropsiques du phlegmon péri-utérin ne diffèrent nullement de ceux que l'on a coutume d'observer dans le phlegmon des autres régions. Donc, quoique nous ayons rencontré, autour de la matrice, presque toutes les variétés d'altérations anatomiques propres à l'inflammation du tissu cellulaire, nous nous servirons encore des données fournies par l'analogie pour combler quelques légères lacunes dues à l'insuffisance des faits.

C'est le phlegmon péri-utérin aigu qui laisse, à cet égard, le plus à désirer. En effet, ou il se termine promptement par résolution, ou bien il suppure, ou encore il passe à l'état chronique. Dans le premier cas, il ne laisse aucune trace des modifications qu'il a passagèrement imprimées aux tissus; dans le second, on trouve les altéra-

tions propres aux abcès, que nous décrirons dans un des chapitres suivants ; dans le troisième cas enfin, il s'opère un travail morbide que nous allons faire connaître bientôt.

Mais l'analogie nous apprend qu'une inflammation est caractérisée, à son début, par un afflux plus considérable de sang dans le tissu malade, par la distension des capillaires et l'injection du réseau vasculaire qui parcourt la région. Le tissu ainsi hypérémié offre une certaine résistance au toucher, il est d'une teinte rosée ou d'un rouge plus ou moins marqué, suivant l'intensité de la phlegmasie. Si on l'incise, on voit sourdre du sang par les bouches béantes des vaisseaux divisés.

Dans une seconde phase, du sérum et de la lymphe plastique s'exhalent des vaisseaux engorgés et se déposent dans les mailles du tissu cellulaire : de là cette infiltration séreuse qu'il est assez fréquent de constater autour des organes du petit bassin, chez les femmes qui succombent à la suite de la métro-péritonite puerpérale.

Au début de la troisième période, le sérum précédemment épanché se résorbe peu à peu ; mais la lymphe plastique continue de se déposer : il en résulte que le tissu cellulaire péri-utérin se tuméfie, s'épaissit, augmente de densité et devient le siége d'une hyperplasie qui s'accroît graduellement et finit par constituer une véritable tumeur dont le volume peut atteindre des dimensions plus ou moins considérables. Alors, on a sous les yeux ou un phlegmon subaigu ou un phlegmon chronique.

Dans le phlegmon subaigu, le tissu est encore assez riche en vaisseaux ; il est d'une consistance solide, mais sans induration ; la lymphe plastique commence à s'organiser.

Dans le phlegmon chronique, le tissu devient de plus en plus ferme et consistant ; le réseau capillaire s'atrophie, puis disparaît à la longue, tandis que les vaisseaux de second ordre se dilatent, comme pour fournir de nouveaux éléments à la nutrition du tissu pathologique.

Ce tissu résiste et crie sous le scalpel, comme le tissu fibreux, dont il offre d'autant plus l'aspect et la structure que la phlegmasie est plus ancienne. Parfois on trouve des collections purulentes enkystées au sein de la masse phlegmoneuse.

La tumeur phlegmoneuse, ainsi constituée, est très-variable dans sa forme, son siége et son volume.

Quelquefois elle est assez régulièrement arrondie ; le plus souvent,

elle est convexe en avant et en bas, du côté du vagin et très-irrégulière dans le reste de son étendue.

Nous parlerons longuement de son siége, en traitant de la symptomatologie du phlegmon péri-utérin chronique. Quoi qu'il en soit, nous dirons, dès maintenant, que la phlegmasie envahit principalement le tissu cellulaire des ligaments larges, plus souvent le côté gauche que le côté droit ; elle siége encore assez communément dans le tissu cellulaire rétro-utérin, mais très-rarement au devant de la matrice.

Ainsi que nous l'avons dit, le phlegmon, à l'exemple de toutes les phlegmasies, ne demeure pas ordinairement borné dans son siége primitif ; il se propage de proche en proche, de manière à constituer une tumeur de plus en plus volumineuse, qui tantôt occupe tout le tissu cellulaire péri-utérin et embrasse la matrice sur toutes ses faces, tantôt gagne les parties latérales du rectum, descend plus ou moins en refoulant la cloison recto-utérine et remplit toute l'excavation pelvienne. D'autres fois, franchissant le détroit supérieur, il envahit les fosses iliaques et la partie antérieure du corps des vertèbres lombaires ; enfin, nous l'avons vu s'étendre vers la paroi antérieure de l'abdomen et s'élever jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Le phlegmon péri-utérin refoule et déplace les organes qu'il rencontre sur son passage : la matrice, le rectum, la vessie, les ovaires, les trompes, les feuillets des ligaments larges, le cul-de-sac péritonéal, les intestins, etc. Le plus souvent même, il détermine, par voie de contiguïté, l'inflammation des tissus avec lesquels il est immédiatement en contact ; aussi, n'est-il pas rare de trouver, en même temps que les altérations du phlegmon péri-utérin, les lésions qui caractérisent la phlegmasie de l'utérus, des ovaires, des trompes, du péritoine, etc.

Les phlegmasies de voisinage, dont il est ici question, aboutissent généralement à des adhérences entre la tumeur phlegmoneuse et l'organe ou le tissu avec lequel elle est en raport immédiat. En effet, il est rare que cette tumeur soit libre, à moins qu'elle n'ait qu'un petit volume et qu'elle ne reste parfaitement isolée et circonscrite dans le ligament large. Mais, le plus souvent, elle contracte des adhérences avec l'utérus, avec la vessie, le vagin, le rectum, les ovaires, les trompes, le péritoine, les parois du bassin, etc. Ces adhérences sont d'autant plus intimes et d'autant plus étendues que le phlegmon est plus ancien.

Comme nous le dirons dans la suite, il arrive souvent que la résolution du phlegmon péri-utérin s'opère d'une manière complète, soit spontanément, soit par l'intervention de l'art. Or, dans certains cas, toute trace de phlegmasie antérieure a disparu : mais, dans d'autres cas, on retrouve des vestiges de la péritonite partielle que le phlegmon a déterminée autour de lui. Ce sont des brides, des adhérences intestinales, qui peuvent, jusqu'à un certain point, simuler, pendant la vie, la présence de tumeurs péri-utérines et en imposer aux yeux des médecins peu exercés à l'étude des affections utérines. Nous avons dit précédemment dans quelle grave erreur ces lésions avaient jeté M. Bernutz, qui, par une fausse interprétation des faits cliniques et anatomo-pathologiques, s'est cru autorisé à nier l'existence des phlegmons péri-utérins.

CHAPITRE III.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN AIGU.

Cette forme du phlegmon péri-utérin, plus commune à la suite des couches qu'en dehors de l'état puerpéral, a fixé de bonne heure, et d'une manière à peu près exclusive, l'attention des praticiens.

Symptomatologie. — Comme toutes les inflammations, le phlegmon péri-utérin aigu donne lieu à des symptômes locaux et à des phénomènes généraux bien tranchés, que nous allons successivement passer en revue.

Symptômes locaux. — Les symptômes locaux, douleur, chaleur et tuméfaction, doivent être étudiés avec le soin le plus scrupuleux, pour ne pas être confondus avec ceux qui appartiennent aux autres phlegmasies aiguës des organes pelviens, et en particulier avec ceux de la métrite interne et de la péritonite partielle.

Douleur. — La douleur éclate, dès le début, au point même où se développe l'inflammation, c'est-à-dire dans la région hypogastrique, soit sur la partie médiane au-dessus du pubis, soit de l'un ou de l'autre côté au-dessus de l'aine. Mais elle ne tarde pas, comme celle

de la péritonite, à s'étendre, à se disséminer dans le reste de l'abdomen et à rayonner, en haut jusque dans les lombes et les hypochondres, en bas jusqu'aux extrémités pelviennes, en suivant le trajet des nerfs qui du bassin émergent dans la cuisse. Il est donc rare que la douleur ne se montre que d'un seul côté du bas-ventre. Cependant elle a toujours son maximum d'intensité dans son siége primitif, c'est-à-dire dans la partie où le travail inflammoire a commencé.

Cette douleur est aiguë, incessante, accompagnée d'élancements ou de battements isochrones aux pulsations artérielles, et elle a des exacerbations périodiques qui reviennent deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, surtout lorsqu'il y a une complication de métrite interne. Elle exalte quelquefois à un tel degré la sensibilité des parois abdominales, qu'il devient difficile d'explorer l'hypogastre, dont la tension et le ballonnement peuvent être aussi prononcés que dans la péritonite.

Le vagin et le rectum sont également le siége d'une douleur si aiguë, qu'on ne pourrait sans de graves inconvénients pratiquer l'examen direct de ces organes par le toucher. Nous ne saurions trop recommander de s'abstenir de ce genre d'exploration tant que la douleur conserve ce degré d'intensité.

Chaleur. — La température de l'hypogastre est augmentée d'une manière sensible pour la malade et pour l'observateur. Cet excès de chaleur est surtout appréciable dans la profondeur du bassin, c'est-à-dire dans le voisinage des parties enflammées. Aussi, les parois vaginales sont-elles plus chaudes que dans l'état normal, particulièrement au fond du cul-de-sac du vagin.

Tuméfaction. — Le changement de volume des parties malades peut rarement être apprécié dès le début du phlegmon péri-utérin aigu, à moins que l'inflammation n'envahisse en premier lieu une région très-rapprochée des parois du vagin. Mais à mesure que le travail inflammatoire fait des progrès, des produits plastiques se déposent de plus en plus dans les tissus enflammés, d'où la formation d'une tumeur qui augmente de volume et se rapproche graduellement soit des téguments, soit des parois vaginales, à travers lesquelles il devient plus facile d'en constater la présence.

Ce n'est cependant que lorsque les symptômes de la période suraiguë se sont apaisés, qu'on doit, comme nous l'avons déjà recommandé, se livrer à la recherche de l'engorgement. Toute explo-

ration pratiquée prématurément serait très-pénible pour la malade et pourrait même devenir dangereuse, en même temps qu'elle serait tout à fait superflue pour l'observateur; car, que l'on constate ou non la tuméfaction, les indications thérapeutiques, au début, restent toujours les mêmes. A une affection aussi franchement inflammatoire, il convient d'opposer un traitement franchement antiphlogistique, ainsi que nous le dirons dans la suite.

Mais dès que la douleur locale est devenue moins intense et que les phénomènes de réaction se sont calmés, il est indispensable d'explorer avec soin les parties malades et de s'assurer si elles sont, ou non, le siége d'une tuméfaction. Toutefois, la tuméfaction n'appartient pas uniquement au phlegmon péri-utérin; elle peut se rattacher à l'inflammation des autres organes ou tissus voisins de l'utérus, ovaires, trompes et péritoine. Il ne suffit donc pas de constater l'existence de la tumeur inflammatoire; il faut encore et surtout en déterminer le siége. Cette notion est extrêmement utile au double point de vue du pronostic et du traitement. En effet, tandis que la péritonite partielle, par exemple, peut se terminer par une résolution rapide et complète, le phlegmon, après avoir présenté une rémission trompeuse, passe le plus souvent à l'état chronique et devient pour la malade, si l'on n'y prend garde, une source de longues incommodités ou d'accidents plus ou moins graves par la gêne et le trouble qu'il apporte dans les fonctions des organes voisins.

Les détails dans lesquels nous nous proposons d'entrer en décrivant le phlegmon chronique, nous dispensent d'insister trop longuement sur les particularités de la tumeur dans l'état aigu. Nous dirons pourtant qu'elle se manifeste, d'ordinaire, par une saillie plus ou moins globuleuse, à surface lisse, égale, rénitente, plus chaude et plus douloureuse que les parties voisines. Suivant son volume et son siége, elle proémine ou dans le vagin ou dans le rectum, ou dans quelque point de l'hypogastre, et quelquefois dans toutes ces parties à la fois. On doit donc les explorer toutes avec le plus grand soin, de manière à fixer, autant que possible, les dimensions de la tumeur et la place précise qu'elle occupe, ce qu'on détermine facilement par l'étude attentive de ses rapports avec le col de l'utérus.

Le phlegmon péri-utérin aigu réagit sur les organes voisins et entraîne des troubles divers dans leurs fonctions.

Le flux menstruel est parfois supprimé; mais le plus souvent il est augmenté et il peut être suivi d'une véritable métrorrhagie.

La leucorrhée accompagne souvent l'engorgement péri-utérin, soit que la phlegmasie du tissu cellulaire retentisse jusque sur la muqueuse utérine, soit qu'elle existe concurremment, et comme maladie concomitante, avec une métrite interne.

Enfin, il existe généralement de la constipation, une gêne douloureuse dans les garderobes, des troubles variés dans la miction, depuis la dysurie jusqu'à la strangurie; d'autres fois, au contraire, un besoin plus fréquent d'uriner accompagné de ténesme.

Symptômes généraux. — Le phlegmon péri-utérin aigu provoque toujours de la fièvre et une réaction assez vive. Selon l'intensité de la lésion locale, le pouls varie de 100 à 130 pulsations, et même au delà; il est habituellement plein et développé, au lieu d'être concentré comme dans la péritonite. La peau est chaude, la soif ardente; les traits altérés; et la malade accuse un sentiment de courbature et de lassitude générale.

Il survient souvent des nausées, des vomissements et du hoquet; mais ils sont moins répétés, moins violents et moins opiniâtres que dans la péritonite.

Le délire est fort rare; il peut être nerveux et résulter de l'excès de la douleur; nous l'avons observé dans certains cas où le phlegmon s'était terminé par suppuration.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur le tableau des phénomènes généraux du phlegmon péri-utérin, qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui accompagnent les autres phlegmasies aiguës.

Ces phénomènes atteignent leur maximum d'intensité dans le phlegmon aigu puerpéral, à cause de l'extension que prend la phlegmasie et des conditions particulières qu'imprime à l'économie l'acte important de la parturition. Dans ce cas aussi, les lochies se suppriment ainsi que la sécrétion laiteuse.

Diagnostic. — Le toucher sous ses différentes formes est assurément le meilleur de tous les moyens de diagnostic; et, en définitive, c'est toujours à ce procédé qu'il convient de recourir pour distinguer bien nettement le phlegmon péri-utérin des autres affections aiguës des organes pelviens. Cependant, il importe de tracer en peu de mots les différences séméiologiques que peuvent offrir ces diverses lésions.

La *métrite aiguë* se distingue du phlegmon péri-utérin par le siége

et la nature de la douleur, qui est expulsive et qui occupe tout le bas-ventre; par une leucorrhée constante et par des vomissements plus fréquents.

Le caractère du pouls, qui est plein et développé dans le phlegmon, petit et serré dans la *pelvi-péritonite*, peut servir quelquefois à distinguer ces deux affections; mais nous devons dire que, le plus souvent, ce signe distinctif fait défaut, et alors il devient assez difficile de différencier les deux maladies sans l'aide du toucher. D'ailleurs, deux raisons diminuent beaucoup l'importance de ce diagnostic au début : la première, ainsi que nous l'avons déjà dit, c'est qu'à cette période les deux affections réclament le même traitement; la seconde, c'est que la péritonite pelvienne est rarement simple et qu'elle survient fréquemment comme complication ou épiphénomène soit d'un phlegmon péri-utérin, soit d'une ovarite, soit d'une métrite, par propagation de la phlegmasie à la séreuse. Assez généralement, dans ce cas, la péritonite arrive à une prompte et franche résolution, tandis que l'engorgement phlegmoneux persiste avec une tendance à suppurer ou à passer à l'état chronique. C'est ce qui nous a fait insister plus haut sur la nécessité de l'exploration directe, sitôt que la disparition des phénomènes suraigus permet de la pratiquer sans danger.

Si la douleur et la cuisson qu'éprouvent, en urinant, les malades atteintes de phlegmon péri-utérin, pouvaient faire naître parfois quelques soupçons sur l'existence d'une *cystite*, l'examen de l'urine et l'absence d'altérations dans ce liquide dissiperaient bientôt tous les doutes.

La rétention des matières fécales donne lieu quelquefois à des signes d'inflammation locale et à une réaction générale qui peuvent d'autant plus obscurcir le diagnostic que l'excès de la douleur rend le toucher impraticable. Dans ce cas, on commence par calmer les accidents inflammatoires; on provoque l'expulsion des matières fécales par un purgatif; puis on pratique le toucher, qui achève de lever les incertitudes.

Le phlegmon péri-utérin aigu qui forme une tumeur rénitente, chaude et douloureuse, ne saurait être confondu avec l'*hématocèle* simple, au début, qui est volumineuse, fluctuante, sans douleur, sans chaleur anormale; mais la confusion devient possible quand l'épanchement sanguin est tellement considérable que la fluctuation ne peut s'y percevoir, ou quand il s'accompagne de douleurs vives

et de phénomènes de réaction. Heureusement, dans ces circonstances, les indications thérapeutiques sont exactement les mêmes. On emploiera donc le traitement que nous indiquerons dans la suite; et bientôt, les modifications survenues dans l'état général et dans la lésion locale permettront de reconnaître à quelle affection on a affaire. La réaction tombe plus vite dans l'hématocèle; la tumeur s'affaisse assez rapidement et devient indolente; la rénitence y fait place à la fluctuation, qui ne dure que quelques jours et se trouve remplacée par une ou plusieurs masses solides dues à la coagulation du sang. Enfin, on doit interroger soigneusement les malades et tenir toujours grand compte des causes et des commémoratifs.

Nous renvoyons au chapitre des abcès péri-utérins pour le diagnostic différentiel de l'hématocèle et du phlegmon suppuré.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La marche, la durée et le mode de terminaison du phlegmon péri-utérin aigu sont variables, suivant la nature, l'intensité de la cause et l'étendue de la phlegmasie. Nous avons déjà signalé la rapidité de l'évolution et la tendance funeste des engorgements aigus qui se montrent immédiatement après les couches. Ceux-ci occupent habituellement une large surface et se terminent souvent par suppuration, surtout si on ne leur oppose pas un traitement énergique et convenable.

Le phlegmon qui procède d'une cause moins active que l'accouchement, débute d'une manière moins brusque et parcourt ses phases avec plus de lenteur.

L'affection qui nous occupe peut, comme toutes les phlegmasies, se terminer de trois manières : par résolution, par suppuration, par l'état chronique. On conçoit que la gangrène puisse être aussi un des modes de terminaison du phlegmon péri-utérin; mais nous ne l'avons jamais observée et nous n'en connaissons aucun exemple.

La résolution commence habituellement au bout de deux ou trois septénaires. Alors la fièvre baisse, la douleur se calme, le volume de la tumeur diminue; sa rénitence et sa température décroissent aussi. Le travail de guérison s'opère avec une grande lenteur, et il ne tarderait pas à s'arrêter si on l'abandonnait à lui-même au lieu de l'aider par une thérapeutique convenable.

Le passage à l'état chronique se reconnaît à ce que la tumeur demeure stationnaire et même s'indure, bien que toute réaction

soit tombée et que les conditions locales soient sensiblement amendées.

La terminaison par suppuration s'annonce par des signes que nous ferons connaître avec détail quand nous traiterons des abcès péri-utérins. Néanmoins cette terminaison, qu'on regardait naguère et que beaucoup de médecins considèrent encore comme très-commune, devient, au contraire, fort rare quand on dirige contre le phlegmon péri-utérin un traitement approprié.

Pronostic. — La nature du traitement employé exerce donc sur le pronostic une influence non moins grande que les conditions étiologiques, l'intensité des symptômes, l'énergie de la réaction, le tempérament et la constitution des malades, qui sont les éléments ordinaires du pronostic dans toutes les maladies. Pour celle qui nous occupe, nous avons déjà dit combien l'état puerpéral ajoute à sa gravité. Nous dirons, dans les chapitres suivants, comment les terminaisons par suppuration et par l'état chronique aggravent, chacune à sa manière, le pronostic du phlegmon péri-utérin aigu.

Thérapeutique. — 1° *Traitement curatif.* — Le phlegmon péri-utérin aigu, comme on a pu le voir par la description que nous en avons donnée, se comporte à la manière des phlegmasies franches; c'est donc une médication franchement antiphlogistique qu'il réclame, de même que la pneumonie, la pleurésie ou la péritonite ; c'est là un point de pratique sur lequel tous les auteurs sont d'accord.

Les émissions sanguines doivent être généralement employées dès le début et toujours proportionnées à l'intensité de l'inflammation, à la gravité de la réaction et à la force du sujet. Dans certains cas, les émissions sanguines locales suffisent: mais, dans d'autres, c'est-à-dire dans ceux où les phénomènes locaux annoncent une phlegmasie très-intense ou fort étendue, il convient d'associer la saignée locale à la saignée générale, et d'appliquer sur l'hypogastre des sangsues ou des ventouses scarifiées, en suffisante quantité : nous préférons les sangsues, dont l'application est moins douloureuse et qui donnent lieu à un écoulement de sang plus continu et plus régulier.

Nous ne saurions trop répéter que l'énergie de la réaction et l'intensité des signes locaux donnent la mesure de l'emploi des émis-

sions sanguines. Mais on doit s'abstenir de ce mode de traitement chez les malades trop affaiblies ou chez celles qui présentent les premiers signes ou même les phénomènes précurseurs de la formation du pus ; car il importe de ne pas diminuer mal à propos les forces d'un organisme qui aura à supporter l'épuisement résultant de la suppuration.

Il faut donc être très-sobre d'émissions sanguines dans le phlegmon puerpéral, à cause de sa grande tendance à suppurer.

L'apparition des règles ne doit pas être toujours un obstacle à la saignée dans les cas de phlegmon péri-utérin aigu : attendu que la perte de sang, qu'entraîne la menstruation, n'est pas suffisante pour amener la résolution de l'engorgement inflammatoire.

Comme pour le traitement de la péritonite ou de la métro-péritonite aiguë, on aura aussi recours, avec avantage, aux onctions mercurielles sur le bas-ventre. Ces onctions doivent se faire avec une assez forte proportion d'onguent napolitain (150 à 200 grammes), associé à l'extrait de belladone et étendu sur une large compresse que l'on applique sur l'abdomen : cette pratique nous a paru préférable aux frictions, qui ont l'inconvénient d'exaspérer les douleurs, et d'être, pour cela, mal supportées par les malades. Ce n'est qu'à la condition d'employer la pommade mercurielle à haute dose qu'on peut espérer d'en obtenir un effet favorable.

On doit associer cette médication aux émissions sanguines modérées, chez les malades dont la constitution ne permet pas de trop insister sur les antiphlogistiques directs ; il est toujours bon d'y recourir pour achever la résolution de l'engorgement, au moment où celle-ci touche à son terme et ne réclame plus l'emploi de la saignée ou des sangsues.

Les topiques émollients ou narcotiques, les fomentations huileuses, les cataplasmes, les bains entiers, si l'état de la malade ne s'y oppose pas, sont autant de moyens connus, d'un usage journalier, qu'il convient, le plus souvent, d'ajouter à ceux que nous avons précédemment indiqués.

On doit éviter avec un soin extrême tous les mouvements, tous les déplacements, tous les attouchements qui peuvent devenir une cause de douleurs ou qui sont de nature à exaspérer celles qui existent déjà.

Il est nécessaire d'entretenir la liberté du ventre, soit par des lavements simples ou laxatifs, si on peut les administrer sans inconvé-

nient ; soit par des purgatifs légers, en évitant toutefois les drastiques, qui pourraient provoquer des vomissements. Dans certains cas de recrudescence accompagnée de symptômes de péritonite pelvienne, nous avons employé avec avantage le calomel à doses fractionnées, associé ou non à la résine de jalap.

Mais on doit être très-prudent, très-circonspect, dans l'emploi des purgatifs. Quelquefois la constipation s'accompagne de l'inflammation de la partie de l'intestin où sont accumulées les matières stercorales : alors, si l'on insiste sur les purgatifs, non-seulement on n'atteint pas le but désiré, mais même on risque de déterminer un véritable engouement, et par suite tous les accidents d'un étranglement interne. Il faut donc, dans des cas semblables, combattre l'inflammation intestinale par les antiphlogistiques avant de recourir aux évacuants.

Le vésicatoire, appliqué largement sur l'hypogastre, est un excellent remède quand les phénomènes de l'état suraigu sont amendés : nous recommandons ce moyen surtout lorsque la résolution s'opère lentement et que la phlegmasie a de la tendance à affecter la forme chronique. Chez certaines malades susceptibles, nerveuses à l'excès, la douleur occasionnée par le vésicatoire est capable de provoquer une recrudescence et l'explosion de symptômes aigus d'une certaine gravité. Aussi, avons-nous, depuis longues années et bien avant que Piédagnel eût signalé ce procédé, l'habitude de faire saupoudrer l'emplâtre vésicant de 3 à 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine, qui a pour résultat de prévenir la douleur ou de la rendre très-tolérable si elle se manifeste.

Nous ne saurions néanmoins trop insister sur la nécessité de surveiller soigneusement les effets du vésicatoire. Trop souvent le but que l'on se propose est dépassé ; il survient une recrudescence qui peut amener les plus fâcheux accidents, si l'on n'intervient à temps pour l'arrêter ou pour la maintenir dans des bornes convenables. On doit se garder d'appliquer un vésicatoire à l'époque correspondante à la période menstruelle, qui est déjà, comme on le sait, une cause fréquente de recrudescence dans le phlegmon péri-utérin.

Aux moyens précités il faut joindre le repos absolu, la diète, l'usage des boissons délayantes et l'application de tous les moyens hygiéniques susceptibles de venir en aide à la médication antiphlogistique.

Les vomissements qui accompagnent souvent le phlegmon péri-

utérin aigu sont efficacement combattus par l'ingestion de la glace, les boissons froides acidulées, l'eau de Seltz et la potion de Rivière.

L'intensité des douleurs réclame l'emploi des calmants : localement, des cataplasmes laudanisés ou des fomentations narcotiques; à l'intérieur, des antispasmodiques et des sédatifs, la belladone ou l'opium en pilules, en potions ou en trochisques, enfin le chloroforme.

2° *Traitement préservatif.* — Nous avons dit que le phlegmon péri-utérin aigu se développe particulièrement, et presque toujours, à la suite des couches. Comme il est quelquefois le résultat de relevailles trop hâtives, de travaux prématurés, de fatigues intempestives, ou de certaines pratiques imprudentes, telles que des injections froides dans les parties génitales ou l'immersion des pieds dans l'eau froide, il est facile de s'en préserver en ayant soin d'éviter les causes que nous venons de rappeler.

Aux personnes prédisposées à contracter le phlegmon péri-utérin, soit par l'état de leur constitution, soit par la longueur du travail et les difficultés de l'accouchement, il faut recommander de ne pas se lever trop tôt et de ne pas revenir trop vite à leur régime habituel et à leurs occupations ordinaires.

Quelquefois aussi le phlegmon péri-utérin se développe à la suite d'un trouble ou d'un obstacle apporté à la sécrétion laiteuse. Dans ce cas on doit conseiller l'allaitement. Mais si la malade est incapable de nourrir, on emploie les moyens propres à amener, non pas une suppression brusque, mais une diminution graduelle, progressive, de la sécrétion mammaire. Si cette sécrétion vient à se supprimer brusquement, il est utile de la rappeler par les agents qu'on a coutume de prescrire en pareil cas.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans insister très-expressément sur la nécessité de ne pas cesser prématurément le traitement du phlegmon péri-utérin aigu. Il est de la plus haute importance de ne point se laisser abuser par les signes d'une rémission trompeuse, et de ne pas abandonner la maladie à elle-même aussitôt que les symptômes de réaction locale et générale ont disparu : car le travail de résolution peut bien s'arrêter s'il n'est pas secondé, et alors le phlegmon aigu, au lieu de guérir entièrement, comme on l'espérait, passe souvent à l'état chronique.

CHAPITRE IV.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN SUBAIGU ET CHRONIQUE.

PATHOGÉNIE. — Le phlegmon péri-utérin chronique est, le plus souvent, un des modes de terminaison du phlegmon aigu; mais il peut aussi se montrer d'emblée, et c'est dans ce dernier cas qu'il a été fréquemment méconnu, et qu'il a donné lieu à beaucoup d'erreurs de diagnostic.

Quand un phlegmon péri-utérin n'arrive pas, au bout d'un temps assez court, de deux ou trois septénaires, à une résolution bien franche; quand, la douleur ayant à peu près ou même entièrement disparu, la tumeur persiste et demeure stationnaire ; quand les symptômes locaux diminuent d'intensité, quand les phénomènes généraux s'amendent sans se dissiper complétement, c'est que l'engorgement passe à l'état chronique. Nous appellerons *état subaigu* cette forme intermédiaire, cet ensemble de symptômes de transition, qui ne sont plus l'état aigu et qui ne sont pas encore l'état chronique, mais qui annoncent le passage de la maladie de l'une à l'autre forme.

L'état subaigu est donc caractérisé par la persistance d'une certaine douleur locale, accompagnée d'un peu de réaction générale et d'un léger mouvement fébrile : ce sont les phénomènes de l'état aigu à un moindre degré d'intensité.

Cette forme subaiguë peut cesser assez promptement, soit qu'elle aboutisse à une résolution franche par l'effet d'un traitement convenable, soit qu'elle fasse place à l'état chronique. Dans quelques cas néanmoins, nous avons vu le phlegmon subaigu se prolonger assez longtemps pour amener des troubles sérieux dans la santé, et pour produire même, chez des malades affaiblies ou d'une constitution délicate, des accidents analogues à ceux de la fièvre hectique.

Il n'est pas très-rare d'observer de pareils phénomènes après l'accouchement : c'est là un fait sur lequel on n'a pas suffisamment insisté jusqu'à présent, et qui mérite pourtant de fixer très-spécialement l'attention. Après huit, quinze ou vingt jours d'un accouchement plus ou moins pénible, une femme se lève, marche et reprend peu à peu ses occupations accoutumées. Cependant elle se rétablit len-

tement; elle demeure languissante; elle est faible, surtout dans les membres pelviens; elle éprouve du malaise, des troubles divers dans les fonctions digestives, quelques douleurs dans le bas-ventre, parfois simplement de la pesanteur; elle a même un léger mouvement fébrile, et la sécrétion lactée ne se fait ni régulièrement, ni abondamment. Ces symptômes doivent faire soupçonner la présence d'un phlegmon péri-utérin, dont le diagnostic est souvent vérifié par un examen direct.

Chez d'autres, soit qu'elles aient une constitution moins forte, soit que la tumeur ait un moindre volume, on n'observe aucun de ces phénomènes, et ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins long après la parturition que l'engorgement péri-utérin se révèle. Cependant il n'en a pas moins sa source et son point de départ dans l'accouchement. Que de phlegmons chroniques, ainsi développés à la suite des couches, sont pris pour des engorgements non puerpéraux, parce que la marche insidieuse et latente de leur début, la lenteur de leur évolution et l'absence de toute réaction n'ont point permis de remonter à leur véritable origine, ni de soupçonner leur existence. C'est précisément en raison de l'incertitude qui règne, le plus souvent, sur l'origine du phlegmon péri-utérin chronique, et de l'impossibilité où l'on est presque toujours d'en bien fixer le point de départ, que nous avons rejeté la distinction étiologique de ce phlegmon en puerpéral et en non puerpéral.

Quand le phlegmon chronique débute d'emblée (ce qui, d'après les considérations précédentes, doit être assez rare), il se développe lentement, d'une manière sourde et insidieuse; il ne manifeste d'abord sa présence par aucune modification dans la santé, et n'attire l'attention des malades ou du médecin que lorsque son volume est devenu assez prononcé pour produire de l'embarras ou de la gêne dans les fonctions des organes voisins, ou encore lorsque la tumeur devient accidentellement le siége de phénomènes aigus, se traduisant par des douleurs locales, des troubles fonctionnels divers et des désordres généraux. Nous verrons que ces signes de l'état aigu ou de l'état subaigu, qui viennent ainsi subitement révéler la présence d'un phlegmon péri-utérin chronique, apparaissent, d'ordinaire, sous l'influence même des conditions qui lui donnent naissance, c'est-à-dire des causes qui déterminent une congestion sanguine, et en particulier de la menstruation dans les organes intra-pelviens.

SYMPTOMATOLOGIE. — *Douleur.* — Nous venons de dire que parfois, et même assez souvent, la douleur manque dans le phlegmon chronique, surtout au début, mais qu'elle apparaît lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Nous devons ajouter qu'elle existe même pour les phlegmons chroniques peu volumineux qui s'accompagnent de métrite interne; et comme cette complication est assez fréquente, la douleur de la métrite se confond, dans la grande majorité des cas, avec celle de l'engorgement péri-utérin.

Dans l'affection qui nous occupe, la douleur présente les mêmes variétés de siége que la maladie elle-même : tantôt elle envahit un des côtés du bas-ventre, le côté gauche surtout; tantôt elle occupe une grande partie de l'hypogastre, et, dans ce cas, elle a son maximum d'intensité au point correspondant à la tumeur. Souvent aussi elle s'irradie jusque dans les reins, les lombes, les hanches, la vulve, les cuisses et même toute la jambe, principalement du côté où siége la lésion.

Quand la douleur appartient exclusivement à la tumeur, elle est fixe, profonde, contusive, ordinairement pulsative, avec des battements isochrones au pouls; elle est exaspérée par une longue marche, une station prolongée, les fatigues, les mouvements du tronc, les rapports sexuels et surtout par la fluxion menstruelle.

Mais la douleur n'offre pas toujours ces caractères; elle peut être aiguë, déchirante, térébrante même, au point d'arracher des cris aux malades; elle est alors mobile, errante, quelquefois continue, le plus fréquemment rémittente ou intermittente, revenant par accès assez réguliers, mais d'une durée variable. Quand la douleur se traduit par des signes semblables, qui rappellent si bien ceux des douleurs névralgiques, nous pensons que le phénomène provient moins de la tumeur que de quelqu'une des complications nerveuses dont nous parlerons dans la suite.

La douleur, dans le phlegmon péri-utérin chronique, peut éclater spontanément, ou bien être provoquée par le toucher, soit vaginal, soit rectal; par la pression sur l'hypogastre, par une chute, un choc, une violence quelconque; par l'introduction d'un corps étranger dans le vagin, l'acte de la copulation, les efforts de toux, de vomissements, l'accumulation des matières fécales dans le rectum, les efforts de miction ou de défécation, la marche, la course, les promenades en voiture, etc., en un mot, par tout ce qui peut déterminer un ébranlement dans le bassin. Nous devons en dire autant de toutes les

causes capables de congestionner les organes pelviens, ou d'exercer une influence vive et profonde sur les fonctions nerveuses et sur la circulation; et ici nous aurions à répéter l'énumération des causes mêmes du phlegmon péri-utérin. On comprend, en effet, que tout ce qui est de nature à faire naître cette lésion peut, à plus forte raison, y déterminer un redoublement inflammatoire.

La chaleur du lit aggrave tellement la douleur, chez quelques malades, qu'elles ne peuvent prendre du repos que sur un fauteuil ou une chaise longue.

Le décubitus, suivant le sens où il se fait, tantôt diminue, tantôt augmente les douleurs. Les malades prennent instinctivement dans leur lit la position où elles souffrent le moins. Quelques-unes ne sont soulagées qu'en se couchant sur le ventre; mais la plupart préfèrent le décubitus dorsal, avec une légère inclinaison sur le côté opposé à la tumeur.

Il n'est pas besoin d'ajouter que la douleur est aggravée par les mêmes causes qui la font naître.

Chaleur. — Le phlegmon péri-utérin chronique ne détermine pas, en général, une élévation locale de la température, à la manière du phlegmon aigu. Ce phénomène ne s'observe le plus souvent qu'au moment d'une recrudescence inflammatoire.

Tumeur. — Quels que soient son siége et son mode d'évolution, le phlegmon péri-utérin chronique, par suite de l'accumulation des dépôts plastiques auxquels il donne naissance, aboutit, en définitive, à la formation d'une tumeur caractéristique, dont il convient d'étudier avec soin la forme, le volume et les rapports anatomiques.

Cette tumeur présente quelquefois un relief apparent au-dessus du pubis, à travers la paroi abdominale qu'elle soulève; mais elle acquiert rarement des dimensions qui la rendent visible à l'œil; aussi est-il nécessaire, dans la grande majorité des cas, de recourir, pour en constater l'existence, à l'exploration manuelle. Nous attachons une telle importance à la pratique du toucher pour le diagnostic des tumeurs phlegmoneuses péri-utérines, que nous croyons devoir revenir sur cette méthode d'exploration, malgré ce que nous en avons dit dans les généralités.

Lorsqu'on a constaté, par le toucher vaginal, l'état du col utérin, sa direction et sa position, on explore les parties voisines avec ménagement, en promenant la pulpe du doigt autour du museau de

tanche et en refoulant doucement le cul-de-sac vaginal, pour apprécier le degré de sensibilité des tissus qui entourent l'utérus. Si cette exploration est pénible, douloureuse, on s'en abstient jusqu'à ce qu'une moins vive sensibilité des parties permette de pratiquer le toucher vaginal sans inconvénient.

Après avoir reconnu le col, on étudie avec le même soin le corps de l'utérus, en dirigeant successivement le doigt sur les deux faces de cet organe. Or, il est d'une importance extrême d'en apprécier très-exactement la direction. En effet, beaucoup d'erreurs de diagnostic viennent de ce qu'une antéversion ou une rétroversion peuvent en imposer pour des tumeurs anté- ou rétro-utérines, et réciproquement.

Enfin, on promène le doigt avec une lenteur attentive sur toutes les parties qui avoisinent la matrice. Si le tissu cellulaire de cette région est parfaitement sain, l'index ne rencontre aucun obstacle; il ne trouve que des surfaces égales et faciles à déprimer. Mais s'il existe quelque lésion dans la trame aréolaire, on découvre une tumeur formant une saillie au fond des culs-de-sac vaginaux. On doit chercher à la circonscrire, et à la bien distinguer des parties voisines; à en constater la température et la sensibilité; il faut aussi en explorer avec soin la surface, qui est souvent traversée par une artère, dont il convient de déterminer approximativement le volume.

Le toucher hypogastrique se fait d'abord en promenant légèrement la main sur le bas-ventre, pour en apprécier la tension, le température et la sensibilité; puis, en comprimant doucement l'abdomen au-dessus du pubis et des régions inguinales, on arrive à reconnaître, sans trop de difficulté, le fond de l'utérus. Si la tumeur péri-utérine est d'un petit volume, on ne la distingue pas, à moins qu'elle ne siége un peu haut; mais, si ses dimensions sont plus grandes, on peut la sentir à travers la paroi hypogastrique, soit en avant, soit en arrière de la matrice, soit sur ses côtés. Ajoutons toutefois qu'il est bien rare de découvrir la tumeur par la palpation hypogastrique. Le principal avantage de ce mode d'exploration consiste donc à faire connaître le siége précis et le point de départ de la douleur. Nous dirons aussi tout à l'heure les services qu'il peut rendre quand on l'associe au toucher vaginal.

Il est souvent utile, sinon indispensable, de pratiquer le toucher rectal; et même, dans quelques cas, il doit suppléer le toucher vaginal, lorsque celui-ci est rendu impossible par l'excès de la douleur,

ou lorsqu'il s'agit d'une jeune fille chez laquelle on observe des symptômes qui permettent de soupçonner l'existence d'un phlegmon péri-utérin.

A l'aide du doigt introduit dans le rectum, on peut atteindre et reconnaître la face postérieure du col et du corps de la matrice, et surtout constater les lésions de la cloison recto-utérine.

Le toucher vaginal, la palpation hypogastrique et le toucher rectal pratiqués isolément sont souvent insuffisants. S'ils ne laissent, en général, aucun doute sur l'existence même de la tumeur péri-utérine, ils ne donnent, dans bien des cas, que des renseignements incomplets sur sa forme et sur son volume.

D'où la nécessité de combiner et de réunir ces trois modes d'exploration pour arriver à un diagnostic plus précis.

Si d'une main on touche par l'hypogastre et de l'autre simultanément par le vagin, on saisit entre les doigts, soit le corps de l'utérus, soit la tumeur phlegmoneuse, dont on apprécie mieux les caractères. En imprimant à la tumeur des mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement, on peut encore en constater la mobilité et même en évaluer approximativement le poids; mais s'il n'existe pas de tumeur, les doigts se rencontrent à travers les parois abdominales, soit au-dessus du pubis, soit sur les parties latérales de l'utérus.

Ainsi donc, le toucher vaginal et le toucher hypogastrique réunis permettent de déterminer d'une manière plus précise la position de la matrice, sa direction, son volume, sa consistance, et de mieux fixer la forme, le volume, la mobilité, le poids, et même la nature des tumeurs développées autour de l'utérus.

Par le toucher vaginal et le toucher rectal combinés on parvient à mieux sentir les tumeurs phlegmoneuses rétro-utérines, à mieux étudier leurs caractères et à les distinguer soit du corps de l'utérus, soit de toute autre tumeur. Ces deux modes d'exploration réunis sont surtout utiles pour reconnaître l'existence de tumeurs d'un très-petit volume, situées dans les ligaments larges ou dans l'épaisseur de la cloison recto-utérine.

Enfin, si l'on pratique en même temps le toucher rectal et le toucher hypogastrique, on découvre des tumeurs rétro-utérines placées à une telle hauteur qu'on n'aurait pu les constater par ces deux modes d'exploration isolés. En effet, en introduisant le doigt dans le rectum jusqu'au-dessus du cul-de-sac vaginal et en déprimant la paroi hypogastrique avec l'autre main, on abaisse facilement le corps

de la matrice, et l'on parvient à découvrir la présence des tumeurs inflammatoires ayant leur siége derrière sa face postérieure.

A ces divers modes d'exploration, on peut, surtout quand la tumeur est perceptible dans quelque point de la région du bas-ventre, ajouter la plessimétrie, qui fournit aussi des notions précises sur les dimensions de l'engorgement, et qui permet d'en suivre la marche. Nous n'avons pas besoin de dire qu'on doit pratiquer la percussion avec les plus grands ménagements, et même s'en abstenir lorsque la sensibilité des parties est trop prononcée.

Les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines présentent de grandes variétés de forme et de volume : les unes sont arrondies et plus ou moins sphériques, les autres sont oblongues et aplaties. Elles offrent tantôt le volume d'une amande, tantôt celui d'une noix, d'un œuf de poule ou d'une orange. Nous en avons observé qui occupaient tout le tissu cellulaire pelvien, et même d'autres qui s'élevaient jusqu'au niveau de l'ombilic.

La surface de ces engorgements est régulière et lisse, et jamais nous n'y avons trouvé les bosselures signalées par quelques auteurs. Nous sommes portés à croire que, dans ce cas, des amas de matières stercorales dans le rectum ont été pris pour des tumeurs rétro-utérines.

Nous ferons la même remarque à propos de ces tumeurs rétro-utérines molles, faciles à déprimer par le doigt dont elles conservent l'empreinte, et qui ont été considérées à tort comme des phlegmons péri-utérins. Ceux qui ont commis cette erreur de diagnostic ont oublié que le caractère essentiel des engorgements péri-utérins chroniques est d'offrir au toucher une consistance solide, assez ferme, mais variable suivant l'ancienneté de la phlegmasie, et pouvant même acquérir parfois la dureté des tumeurs fibreuses. Sous le rapport de la consistance, les phlegmons péri-utérins donnent au toucher une sensation qui diffère en général de la sensation fournie par le corps de l'utérus, dont le tissu, après s'être laissé déprimer, revient lentement sur lui-même. Rarement, au contraire, la tumeur phlegmoneuse se laisse déprimer, et, dans ce cas, elle reprend promptement sa forme primitive.

Quelques-unes de ces tumeurs sont mobiles, libres de toute adhérence avec les parties voisines, ce qui permet de mieux les distinguer à l'aide des mouvements qu'on leur imprime ; d'autres, au contraire, contractent avec les tissus environnants des adhérences plus

ou moins intimes, mais qui, pourtant, sont rarement assez fortes pour rendre la tumeur immobile. Ces adhérences partielles occupent, d'ordinaire, soit un des bords, soit une des extrémités de la tumeur, tandis que l'autre bord ou l'autre extrémité reste libre; elles s'établissent tantôt avec le corps de l'utérus, tantôt avec les parois du bassin, quelquefois enfin avec tous les organes voisins.

Dans les généralités sur le phlegmon péri-utérin, nous avons indiqué le siége de ces tumeurs et les différents rapports qu'elles peuvent affecter avec la matrice; nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Une des particularités anatomiques les plus remarquables des engorgements péri-utérins chroniques, c'est de présenter à leur surface un ou plusieurs vaisseaux artériels, qu'on doit toujours rechercher avec soin. Ces vaisseaux, dont le volume est variable, atteignent assez souvent le calibre de la radiale; ils sont toujours superficiels et rampent le plus habituellement à la base de la tumeur. On peut quelquefois les sentir par le rectum, dans les phlegmons rétro-utérins.

Ces artères ne se développent que dans les tumeurs phlegmoneuses anciennes. Nous ne les avons jamais rencontrées avant le sixième mois; mais le plus souvent elles n'apparaissent pas avant le huitième. Elles ne manquent presque jamais dans les engorgements qui datent d'un an. Si la présence de ces vaisseaux implique l'idée d'une tumeur ancienne, leur absence n'est pas l'indice certain d'une tumeur récente. D'ailleurs, dans quelques cas, l'artère, au lieu d'être superficielle, se développe dans la profondeur des tissus enflammés et peut échapper ainsi au doigt explorateur. En général, le volume du vaisseau est en rapport avec l'ancienneté du phlegmon.

L'appréciation du volume de ces artères ne fournit pas seulement d'utiles renseignements sur la durée de la tumeur phlegmoneuse, elle fournit aussi un précieux élément de pronostic. En effet, la présence d'une grosse artère indique toujours un engorgement rebelle, difficile à guérir, non-seulement parce que la lésion est ancienne, mais encore parce que les vaisseaux hypertrophiques qui s'y rendent entretiennent sans cesse en elle une nutrition trop active. La guérison n'aura donc quelque chance de s'opérer qu'autant que les vaisseaux nourriciers de la partie malade auront diminué de volume, et repris leur calibre primitif.

L'existence de ces vaisseaux dans les tumeurs inflammatoires péri-utérines n'avait pas été remarquée avant nos travaux. C'est en 1849

que nous avons signalé pour la première fois cette importante particularité anatomique, et l'influence qu'elle exerce sur le travail de résolution et sur les effets du traitement. M. le docteur Martin, dans sa thèse inaugurale déjà citée (1851), consigna les résultats de nos recherches sur ce sujet. Ce fait, d'ailleurs, est en harmonie avec les enseignements de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques. On sait qu'à un accroissement d'action d'un tissu ou d'un organe correspondent toujours une augmentation de sa nutrition et un développement plus grand des vaisseaux afférents. Il en est de même lorsqu'un produit accidentel se développe au sein d'un tissu ou d'un viscère. C'est ainsi que les vaisseaux augmentent de volume autour des masses tuberculeuses pulmonaires et dans le voisinage des tumeurs cancéreuses du sein.

Troubles anatomiques et fonctionnels. — Les tumeurs phlegmoneuses, telles que nous venons de les décrire, refoulent, à mesure qu'elles se développent, les organes voisins, dont elles changent la direction et les rapports. En pratiquant le toucher, il est important de noter surtout les déplacements imprimés à l'utérus. Ces déplacements peuvent être de deux sortes, suivant qu'ils portent sur la totalité de l'organe ou sur le corps seulement. Si la tumeur est située de manière à refouler également le corps et le col de l'utérus, l'organe obéit tout entier à l'impulsion et se porte en masse, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. Si la tumeur n'exerce de pression que sur le corps, celui-ci se fléchit sur le col, demeure fixe, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés. Il est inutile de dire que ces inclinaisons se font habituellement du côté opposé à la tumeur; le contraire n'arrive que lorsque l'utérus a perdu sa mobilité normale, par suite d'adhérences avec les parties voisines. Ce qui prouve que, dans ces cas, la déviation utérine est incontestablement subordonnée à l'engorgement, c'est que la première lésion suit toutes les phases de la seconde, qu'elle augmente, diminue et disparaît avec elle.

Quelquefois les tumeurs péri-utérines acquièrent un volume assez considérable pour comprimer la vessie ou le rectum, effacer une partie ou la presque totalité de la cavité de ces organes, et déterminer de très-graves accidents. Elles peuvent enfin exercer une compression plus ou moins forte sur les vaisseaux et les nerfs contenus dans le bassin.

Nous avons vu qu'un des effets physiologiques du phlegmon péri-

utérin est d'entretenir autour de lui un état permanent de congestion, qui agit graduellement non-seulement sur le reste du tissu cellulaire, mais encore sur les viscères pelviens.

L'utérus, en raison de ses connexions plus intimes avec le phlegmon, subit le premier et le plus activement l'influence de ce voisinage. Il s'hypérémie à son tour, et devient le siége d'une inflammation variable dans son intensité. Il en résulte que le phlegmon péri-utérin s'accompagne presque toujours de tous les symptômes de la métrite chronique, et que les deux affections marchent ensemble.

Cette hypérémie utérine se traduit par une exaltation de la sensibilité de l'organe, qui peut aller quelquefois jusqu'à la douleur; par une sécrétion muqueuse plus abondante, par des hémorrhagies, et surtout par des troubles divers dans la menstruation.

Dans ce cas, la leucorrhée présente tous les caractères du mucus provenant d'une métrite interne; il est blanc, filant et analogue à du blanc d'œuf, quand il est pur; il perd sa transparence et son homogénéité, quand il est mélangé de sang ou de pus.

Le phlegmon péri-utérin exerce une influence manifeste sur la menstruation, qui, à son tour, réagit sur la phlegmasie péri-utérine, comme nous le dirons en traitant de la marche du phlegmon.

Chez les malades atteintes de phlegmon péri-utérin, les règles sont généralement anormales.

Le plus souvent elles avancent; plus rarement elles retardent, de trois, cinq, six et même huit jours. Chez un petit nombre de malades, elles offrent, dans leur apparition, la plus grande irrégularité.

La durée de l'écoulement menstruel n'est pas moins variable. En général, elle augmente, et les règles, au lieu de durer de quatre à six jours, se prolongent en moyenne, huit, dix et même douze jours. Chez quelques malades, elles ne cessent que huit ou dix jours avant l'époque suivante, et même nous avons rencontré des cas, rares il est vrai, où la menstruation se continuait sans interruption d'une époque à l'autre. Toutefois la perte de sang diminuait graduellement dans les derniers jours.

Il est rare que le flux cataménial ne subisse pas quelques changements notables dans sa quantité, chez les malades atteintes de phlegmon péri-utérin. A quelques exceptions près, cette lésion amène

soit une augmentation, soit une diminution ou une suppression des règles.

Dans 100 cas sur 220, la menstruation a été plus abondante que de coutume, et, dans un tiers des cas au moins, il est survenu de véritables métrorrhagies. Tantôt les pertes se montrent dès les premiers jours, tantôt, au contraire, vers la fin de la période menstruelle; d'autres fois les règles s'arrêtent pendant un, deux ou trois jours, puis elles reparaissent avec plus d'abondance. Quelques malades rendent des caillots, à différentes reprises, dans la journée; et chez d'autres l'expulsion des caillots alterne avec la leucorrhée.

Dans d'autres cas, au lieu de métrorrhagies, on observe soit une diminution, soit une suppression du flux menstruel.

Ces dérangements dans la menstruation s'accompagnent, le plus souvent, de douleurs plus ou moins intenses, imputables non point au trouble même de la fonction, mais à la congestion active qu'elle provoque et à la recrudescence qui en résulte.

Cette influence des menstrues sur le phlegmon péri-utérin s'explique aisément. En effet, le phlegmon péri-utérin détermine vers les organes pelviens un appel plus considérable du sang, qui augmente le flux cataménial; mais cette congestion physiologique, dont l'utérus est, chaque mois, le siége, réagit à son tour sur les tissus voisins enflammés, y produit un surcroît de circulation et de vitalité : le travail phlegmasique devient plus actif; l'engorgement augmente de volume; les phénomènes interstitiels de l'inflammation reprennent les caractères de la forme aiguë ou subaiguë : de là cet accroissement de la chaleur locale et ces douleurs plus ou moins vives, plus ou moins prolongées, qui signalent l'approche des règles; ces symptômes précèdent ordinairement de quelques jours l'apparition du flux menstruel; ils persistent tant que dure la congestion utérine; ils ne diminuent et ne disparaissent qu'avec elle.

Un autre effet de l'activité qu'imprime le phlegmon péri-utérin à la circulation utérine, consiste dans un accroissement de la nutrition de l'organe : d'où résulte une augmentation de son volume, un véritable engorgement hypertrophique. Cependant cette hypertrophie n'est pas aussi fréquente qu'on pourrait le supposer; on l'observe très-rarement chez les femmes nullipares, à moins que le phlegmon péri-utérin n'ait une origine ancienne. L'engorgement de l'utérus est commun, au contraire, chez les malades qui ont eu des enfants. En effet, à la suite de l'accouchement, l'utérus ne revient pas immé-

diatement sur lui-même; il reste quelques jours encore très-développé. C'est alors que débute le plus souvent le phlegmon péri-utérin. La congestion sanguine et l'inflammation, qui en sont la conséquence, agissent sur les parois de la matrice et s'opposent à son mouvement de retrait. Tantôt l'hypertrophie est limitée, soit au col, soit au corps utérin; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle envahit à la fois le col et le corps de l'organe; mais, quoi qu'en aient dit Lisfranc et M. Bennett, elle n'occupe jamais exclusivement une des parois.

La présence d'un phlegmon péri-utérin rend le plus souvent les rapports sexuels douloureux, soit à cause de l'orgasme qu'ils produisent, soit à cause des mouvements qu'ils impriment à l'utérus et à l'engorgement péri-utérin. Cette influence est moins prononcée quand le phlegmon a son siége dans les ligaments larges, à une certaine distance de la matrice, que lorsqu'il est en contact immédiat avec cet organe.

Le phlegmon péri-utérin n'est pas un obstacle à la fécondation toutes les fois que la tumeur, soit par son siége, soit par son volume, ne s'oppose pas à l'imprégnation. Mais dans les cas où le phlegmon occupe l'un et l'autre côté de l'utérus, se propage jusqu'aux ovaires et change leurs rapports avec les trompes, la fécondation devient impossible.

Les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines prédisposent aux fausses couches, tantôt à cause de l'obstacle mécanique qu'elles apportent au développement de l'utérus par leurs adhérences ou par leur volume, tantôt à cause de l'hypérémie qu'elles déterminent autour de l'organe. Aussi dans plusieurs cas nous avons cru devoir continuer avec prudence le traitement pendant et malgré la grossesse; et nous n'avons jamais eu lieu de regretter cette pratique. Dans un seul cas, une fausse couche s'est produite chez une malade qui avait déjà fait auparavant, deux autres fausses couches, occasionnées par des adhérences péritonéales consécutives à une phlegmasie péri-utérine.

Il est donc bien établi que le phlegmon péri-utérin détermine des troubles marqués dans les fonctions de l'utérus; mais ces fonctions, comme nous l'avons prouvé pour la menstruation, réagissent à leur tour sur la marche du phlegmon. L'action réciproque de l'utérus sur la phlegmasie des tissus ambiants s'opérant, dans tous les cas, par le même mécanisme, c'est-à-dire par le fait d'un mouvement

congestif, nous ne pourrions insister davantage sur ce point sans répéter ce que nous avons déjà exposé plus haut.

L'engorgement péri-utérin chronique produit dans les fonctions de la vessie et du rectum des troubles qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'occasionne le phlegmon aigu et dont il a été question dans le chapitre précédent.

Quelques malades éprouvent de fréquentes envies d'uriner, et parfois même sont prises d'une véritable incontinence. Chez d'autres, au contraire, la miction est rare, pénible, et s'accompagne de très-vives douleurs, d'un sentiment de ténesme vésical et de cuisson dans le canal de l'urèthre; chez quelques-unes enfin, on observe une rétention complète d'urine.

Tantôt les urines ont leur apparence normale; tantôt elles sont épaisses, troubles et chargées d'un sédiment composé surtout de sels calcaires.

Les fonctions de la vessie réagissent à leur tour sur le phlegmon péri-utérin; les efforts de la miction, la tension et le relâchement successifs des parois vésicales impriment des mouvements douloureux aux tissus enflammés.

Dans le plus grand nombre des cas, le phlegmon péri-utérin occasionne la constipation, soit par la compression mécanique que la tumeur exerce sur l'intestin, soit par l'hypérémie qu'elle provoque autour d'elle et qui se propage au rectum. D'autres fois l'inflammation péri-utérine gagne à l'intestin et amène la diarrhée. Chez un certain nombre de malades, on voit survenir les accidents de l'étranglement interne par suite de la compression du rectum. Une fois nous avons trouvé, à l'autopsie, le calibre de cet intestin réduit au diamètre d'un tuyau de plume. Enfin, dans quelques cas, les matières stercorales sont moulées comme si elles venaient de passer à travers une filière.

Dans toutes ces circonstances, la défécation est extrêmement pénible, quelquefois même elle provoque des douleurs vives, qui peuvent devenir le point de départ de crises nerveuses.

La violence des douleurs, jointe aux effets de la compression exercée par la tumeur sur le rectum, et en outre la gêne de la circulation intra-pelvienne, sont encore autant de causes de recrudescence inflammatoire.

Lorsque la constipation est ancienne, elle amène une complication que nous décrirons plus loin sous le nom d'*entérite glaireuse*.

L'obstacle que les tumeurs phlegmoneuses apportent à la circulation et l'état de congestion habituelle qu'elles entretiennent dans le bassin, deviennent quelquefois une cause d'hémorrhoïdes. Ces tumeurs peuvent aussi donner naissance à des fissures à l'anus, qui rendent les garderobes douloureuses et exercent ainsi une fâcheuse influence sur la maladie première. Ces fissures peuvent même, après la résolution de l'engorgement, entretenir les douleurs, en développer de nouvelles et simuler une recrudescence inflammatoire du phlegmon péri-utérin. Ainsi, des malades que nous considérions comme convalescentes furent reprises subitement de vives douleurs dans le bas-ventre. Un examen attentif nous fit découvrir une fissure, dont la guérison mit un terme rapide à ces accidents.

Les organes éloignés du bassin subissent souvent l'influence du phlegmon péri-utérin. Cette influence réflexe se fait plus particulièrement sentir du côté de l'estomac; et l'on voit survenir alors l'ensemble des troubles gastriques que nous avons déjà signalés à propos de la métrite interne: perte de l'appétit ou exagération de ce besoin; digestions lentes, difficiles; sentiment de pesanteur après l'ingestion des aliments, dépravation du goût, chaleurs ou tiraillements épigastriques, éructations gazeuses, nausées, vomiturition ou vomissements, etc., etc.

Chez quelques malades, la respiration est gênée par les douleurs que les mouvements respiratoires développent dans le bas-ventre; d'autres éprouvent des palpitations fréquentes et pénibles, qui s'exaspèrent au moment des crises ou à la suite d'une fatigue; quelques-unes, enfin, sont prises d'une petite toux sèche, nerveuse, incoercible et, dans certains cas, extrêmement fatigante.

Quand le phlegmon péri-utérin chronique est exempt de complication inflammatoire aiguë, le pouls reste normal. Mais la fièvre apparaît dès qu'il se produit une recrudescence ou que l'engorgement passe de l'état chronique à l'état aigu ou subaigu.

Le phlegmon péri-utérin devient souvent la cause de troubles remarquables dans l'innervation. Les modifications qu'il apporte dans la sensibilité et la myotilité des membres inférieurs méritent à un très-haut degré de fixer l'attention; nous ne ferons que les signaler ici, et nous traiterons ce sujet avec tous les développements qu'il comporte, dans le chapitre consacré aux complications.

Pour achever le tableau des désordres fonctionnels auxquels le phlegmon péri-utérin donne naissance, nous devons ajouter que les

métrorrhagies, les troubles digestifs, la longue durée des souffrances, amènent une perturbation profonde dans la nutrition, l'anémie, la prostration des forces, le marasme et tous les accidents qui attestent l'influence fâcheuse que les affections péri-utérines peuvent exercer sur l'économie tout entière.

Diagnostic. — Le phlegmon péri-utérin chronique a été si longtemps méconnu, il a donné et il donne encore lieu à tant d'erreurs de diagnostic, que nous croyons devoir insister sur les caractères propres à le différencier des affections qui s'en rapprochent par leur expression symptomatique, et avec lesquelles il est facile de le confondre. Sans un diagnostic précis, le pronostic ne repose que sur des bases incertaines et souvent illusoires; la thérapeutique est indécise, souvent elle est inefficace, quelquefois funeste; elle porte à faux, ou si, par extraordinaire, elle réussit, le succès n'est plus qu'un effet du hasard. Nous avons eu plus d'une fois l'occasion de nous convaincre combien ces méprises étaient préjudiciables. Et nous aussi nous avons commis des erreurs de ce genre avant d'avoir entrepris des investigations spéciales sur ce sujet. Nous nous estimerons donc heureux si ces recherches peuvent contribuer à rendre moins fréquentes les erreurs de diagnostic.

Nous avons déjà dit ailleurs que Lisfranc avait jeté une vive lumière sur le diagnostic différentiel des affections utérines, et nous ne saurions trop engager le lecteur à consulter le chapitre de ses *Leçons cliniques*, où il traite des erreurs auxquelles ces maladies peuvent donner lieu. Malheureusement cet éminent praticien a méconnu souvent l'existence du phlegmon péri-utérin chronique, et il a confondu ce genre de lésion avec les engorgements partiels de la matrice.

On peut confondre le phlegmon péri-utérin avec les tumeurs développées soit dans le tissu propre de l'utérus, soit en dehors de ce viscère.

La première variété de tumeurs, que nous nommerons *utérines*, renferme les engorgements chroniques de l'utérus, les déviations, les tumeurs fibreuses, la grossesse, etc.

La seconde variété, ou tumeurs *extra-utérines*, comprend les tumeurs stercorales, les tumeurs sanguines, la grossesse extra-utérine, les kystes, les tumeurs consécutives à la pelvi-péritonite.

Bien que nous ayons exposé longuement les signes des tumeurs

phlegmoneuses péri-utérines chroniques, nous rappellerons très-succinctement leurs caractères principaux.

Ces tumeurs ont une consistance solide, plus ferme que celle du tissu normal de l'utérus, quelquefois rénitente; elles ne se laissent jamais déprimer au point de conserver l'empreinte du doigt, et tiennent le milieu, pour la solidité, entre les parois du corps de la matrice et les tumeurs fibreuses. Leur surface est lisse, sans inégalités, ni bosselures. Elles forment autour de l'utérus un bourrelet, un relief, qu'une exploration attentive ne permet pas de confondre avec le museau de tanche. Généralement elles sont douloureuses, non pas au simple toucher, mais à la pression, et elles le sont d'autant plus que la pression est plus forte. Parfois des artères, d'un volume variable, rampent superficiellement à la base de la tumeur. Enfin, elles sont les plus communes des tumeurs inflammatoires du bassin.

Le phlegmon péri-utérin peut être confondu avec l'engorgement des parois de la matrice.

Sauf quelques cas exceptionnels dans lesquels cet engorgement va jusqu'à l'induration, les parois utérines engorgées sont moins dures que les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines, et se laissent un peu déprimer. Quel que soit le volume de l'engorgement de l'utérus, il ne forme jamais ce bourrelet qui caractérise essentiellement les tumeurs phlegmoneuses. Dans la majorité des cas, le phlegmon péri-utérin est circonscrit, limité en un point plus ou moins voisin de l'utérus, tandis que l'engorgement de cet organe n'est jamais partiel, quoiqu'on ait dit le contraire; il occupe à la fois tout le tissu de l'organe; et l'on peut, par conséquent, le constater sur chacune de ses parois. Quand, par hasard, le phlegmon envahit tout le pourtour de la matrice, il est séparé de cet organe par un sillon, qu'une exploration bien faite permet toujours de reconnaître.

Le cathétérisme utérin, dans les cas difficiles, peut lever les doutes; mais, en raison de ses inconvénients, il ne faut y recourir alors qu'avec les plus grandes précautions.

La métrite interne simple, sans complication d'engorgement des parois utérines, ne peut jamais être confondue avec le phlegmon péri-utérin, en raison même de l'absence de toute tumeur.

La grossesse peut, au premier abord, être prise pour un engorgement péri-utérin; mais un examen attentif ne tarde pas à lever tous

effet, le corps de l'utérus se développe d'une manière

uniforme dans toute son étendue, sans présenter ni reliefs ni sillons; il acquiert une forme globuleuse, et sa consistance reste normale; il est en général indolore à la pression. De jour en jour la tumeur se développe, et elle prend de plus en plus les caractères de la grossesse.

Ce que nous venons de dire de la grossesse, nous le dirons également de tout développement de l'utérus dû à la présence d'une tumeur accidentelle, môles, polypes, etc.

L'absence des règles qu'on observe habituellement pendant la gestation, les métrorrhagies, si fréquentes dans les cas de môles ou de polypes utérins, ne sauraient être données comme signes différentiels, puisqu'on les retrouve quelquefois dans les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus, et surtout les tumeurs interstitielles, peuvent en imposer facilement pour des engorgements péri-utérins; car elles soulèvent quelquefois les parois de la matrice, et forment, en dehors, une saillie plus ou moins prononcée. Mais les tumeurs fibreuses et les parois utérines sont unies entre elles si intimement, qu'on ne peut découvrir aucun sillon qui les sépare. La consistance des fibromes est d'ailleurs plus dure que celle du phlegmon. La sensibilité y est à peu près nulle, et, lorsqu'elle existe, elle est faible et tient à la distension des fibres charnues de l'utérus. Les artères utérines prennent, en général, un développement moins grand à la surface des tumeurs fibreuses qu'à la surface des tumeurs phlegmoneuses péri-utérines. Les adhérences avec les parois du bassin, qu'on rencontre assez souvent dans le phlegmon péri-utérin, n'existent presque jamais dans les corps fibreux. Enfin, tandis que, dans les tumeurs fibreuses, l'utérus reste ordinairement mobile et augmente de volume, il devient fréquemment fixe et immobile, et conserve généralement ses dimensions normales, dans le phlegmon péri-utérin.

Quoi qu'il en soit, l'erreur ne peut pas être de longue durée, et, dans les cas douteux, il est prudent de recourir à un traitement qui convienne aux deux affections jusqu'à ce que les doutes soient levés, soit par une recrudescence des douleurs survenue à une époque menstruelle, soit par un changement dans le volume de la tumeur.

Il n'est pas rare que l'on confonde les déviations de la matrice avec le phlegmon péri-utérin; cette erreur est fréquente, surtout dans les cas où les flexions et les inclinaisons du corps de l'utérus prennent la

position des tumeurs péri-utérines. Cette méprise, si facile dans une première exploration, peut être corrigée par un examen plus attentif. La consistance des parois utérines, l'absence d'un bourrelet, d'un relief et d'un sillon, permettent toujours de reconnaître le corps de l'utérus, quelle que soit sa position ; en outre, en promenant le doigt du col sur le corps de l'organe, on s'assure de la continuité de leur surface ; et, dans les cas où l'utérus fléchi forme un angle prononcé, on constate que la consistance de la tumeur est la même dans tous les points. Du reste, le diagnostic n'offre pas de difficulté ; car lorsqu'on a affaire à une déviation utérine simple, on ne rencontre aucune autre tumeur autour de l'utérus dévié.

S'il existe simultanément une déviation de la matrice et une tumeur péri-utérine, on les reconnaît aux signes qui sont propres à chacune de ces affections; mais nous pouvons dire, dès maintenant, qu'il faut, dans ce cas, combattre en premier lieu l'engorgement inflammatoire.

Dans les cas de déviations utérines avec ou sans phlegmon péri-utérin, il est d'une grande importance de s'aider du toucher vaginal et du toucher hypogastrique, qui permettent d'apporter plus de précision et de certitude dans l'examen de l'utérus et de ses annexes. Cependant, comme l'embonpoint des malades rend parfois impossible le toucher hypogastrique, on doit alors rester dans le doute ou recourir au cathétérisme, en suivant à cet égard les règles que nous avons tracées.

Les affections cancéreuses de l'utérus sont, en général, faciles à distinguer des tumeurs péri-utérines.

Le squirrhe occupe presque toujours le col de la matrice. Sa consistance plus dure encore que celle des tumeurs fibreuses, les inégalités de sa surface qui envahissent et débordent le museau de tanche, l'écoulement fétide qui se fait par le vagin, la métrorrhagie qu'il provoque et qui se répète souvent dans l'intervalle des époques, sont autant de signes qui servent à différencier le squirrhe dans sa première période d'avec les tumeurs péri-utérines. Quelquefois la propagation du squirrhe aux tissus voisins du col peut rendre le diagnostic plus embarrassant; mais on n'hésitera pas longtemps en tenant compte de la dureté excessive de la tumeur et de l'absence de sillon. Il est superflu d'ajouter que l'erreur n'est guère possible quand le squirrhe est arrivé à la période d'ulcération, et lorsqu'ont apparu les symptômes de la cachexie.

Le cancer encéphaloïde présente des caractères bien différents de ceux des tumeurs inflammatoires péri-utérines. Le col de la matrice est boursouflé, recouvert de végétations fongueuses, saignantes, friables, et qui donnent lieu à un écoulement vaginal d'une couleur et d'une fétidité caractéristiques.

S'il n'est pas facile de distinguer, dans certains cas, le phlegmon péri-utérin d'avec les tumeurs formées par la matrice même, ou développées dans son tissu, combien il est plus difficile encore d'éviter toute confusion entre les engorgements phlegmoneux et les autres espèces de tumeurs qui occupent, comme le phlegmon, le voisinage de l'utérus! Ces tumeurs extra-utérines sont très-nombreuses; nous ne passerons en revue que les plus importantes et les plus communes, en signalant les caractères à l'aide desquels on peut mieux les différencier des phlegmons péri-utérins.

Le phlegmon des fosses iliaques est, en général, facile à reconnaître; une exploration exacte permet de fixer nettement le siége e les limites de la phlegmasie. Mais il n'est pas rare de voir l'engorgement envahir à la fois le tissu cellulaire péri-utérin et les fosses iliaques. Dans tous les cas, c'est la même affection, ne différant que par son siége ou par son étendue; nous n'insisterons pas davantage sur le diagnostic de deux maladies identiques, et qui, partant, réclament les mêmes soins et le même traitement.

Les tumeurs stercorales donnent lieu à de fréquentes méprises. Celles dont la consistance est molle, pâteuse, et qui conservent l'impression du doigt, se distinguent aisément, par ces caractères mêmes, du phlegmon péri-utérin; et cependant quelques auteurs, sans tenir un compte suffisant de ces signes différentiels qui nous paraissent incontestables, ont rapporté des exemples de prétendus phlegmons péri-utérins dans lesquels la tumeur était dépressible, bosselée, et conservait l'empreinte du doigt.

Quant aux tumeurs stercorales dont la consistance égale ou dépasse celle des tumeurs péri-utérines, elles ne s'en distinguent au toucher vaginal que par leurs bosselures. Dans les cas douteux, on aura recours au toucher rectal, qui seul permet, le plus souvent, de constater directement l'accumulation des matières fécales dans l'intestin. Nous disons le plus souvent, parce que cette accumulation se fait quelquefois sur un point de l'intestin inaccessible au toucher rectal; et ces cas sont assurément les plus obscurs et les plus difficiles, non-

seulement parce que ce mode d'exploration ne fournit aucun renseignement direct, mais encore parce que la tumeur stercorale fait saillie dans le cul-de-sac vaginal, en suivant la direction des ligaments larges, et simule mieux ainsi le phlegmon péri-utérin. Comment éviter l'erreur dans cette circonstance? On donne un purgatif, et si la tumeur disparaît avec la constipation, tous les doutes sont dissipés. Quand un premier purgatif reste sans effet, ou ne produit qu'un résultat incomplet, il faut en prescrire un second plus énergique. Mais, comme une constipation opiniâtre accompagne très-souvent l'engorgement péri-utérin, il peut exister à la fois une tumeur stercorale et une tumeur phlegmoneuse. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir toute l'importance de ce diagnostic et les conséquences pratiques qui en découlent.

Les tumeurs sanguines, ou hématocèles péri-utérines, ont été confondues longtemps, à n'en pas douter, avec les phlegmons de cette région. L'identité de siége et souvent de consistance, et même de symptômes, rendait cette erreur facile, à une époque où l'attention n'avait pas encore été suffisamment fixée sur les épanchements hématiques du bassin. Nous avons déjà insisté sur le diagnostic différentiel de l'hématocèle et du phlegmon aigu, et l'on peut voir, par ce que nous en avons dit dans le chapitre précédent, que l'hématocèle, à son début, se distingue par des signes nettement tranchés de l'engorgement péri-utérin chronique. Ces signes distinctifs sont surtout une douleur vive, analogue à celle de la péritonite, des troubles généraux et une fluctuation qui caractérisent l'hématocèle dans sa première période, et qu'on ne trouve pas dans le phlegmon péri-utérin chronique, à moins d'une recrudescence qui ramène d'ailleurs l'état aigu. Mais en présence des tumeurs sanguines anciennes, quand la partie liquide a été résorbée et a fait place à des caillots, quand la fluctuation a disparu, le diagnostic peut présenter de l'embarras; aussi, à moins d'avoir suivi la marche de la maladie et d'avoir assisté à son évolution, on est ordinairement forcé de suspendre son jugement, et d'observer une grande réserve. Y a-t-il d'ailleurs de sérieux inconvénients à rester dans le doute? Pour nous, qui pensons que ces deux formes de tumeurs réclament également, et dans une mesure déterminée, la médication antiphlogistique, nous ne croyons pas que la confusion puisse avoir de graves conséquences. Il est même probable que quelques tumeurs, que nous avions regardées comme phlegmoneuses et dont nous avons obtenu la résolution,

devaient être des collections sanguines. Dans les cas douteux où le volume énorme de la tumeur et les accidents qu'elle provoque mettent la vie des malades en danger, il faut recourir, pour fixer le diagnostic, à une ponction exploratrice avec un trocart capillaire.

Comme il est plus facile de saisir les caractères différentiels du phlegmon péri-utérin et de l'hématocèle quand on connaît bien les symptômes de cette dernière affection, nous reviendrons avec détai sur cette question quand nous tracerons l'histoire des collections sanguines du bassin.

Les tumeurs enkystées se rencontrent surtout dans la région ovarique; c'est donc avec les phlegmons des ligaments larges qu'on peut plus particulièrement les confondre. En général, ces kystes, qu'ils soient séreux ou purulents, se laissent déprimer au toucher et présentent une fluctuation caractéristique; quelques-uns cependant sont tellement distendus que leur consistance devient ferme et dure comme celle du phlegmon péri-utérin. Mais leur surface est ordinairement dépourvue d'artères; elle est quelquefois lisse, mais le plus souvent elle offre des bosselures, des lobes, des inégalités; en général, la tumeur n'est point douloureuse à la pression. Lorsque le diagnostic est trop difficile ou impossible, on doit agir comme s l'on avait affaire à un phlegmon, surtout s'il existe des phénomènes de réaction inflammatoire. Si la tumeur est petite, on peut sans inconvénients avoir recours aux vésicatoires, aux frictions iodées, qui sont utiles dans les deux hypothèses. Quand le kyste ovarique a acquis un très-grand volume, quand il remplit une partie de la cavité abdominale, le diagnostic devient plus facile. Dans les cas obscurs, la ponction exploratrice peut encore ici lever les doutes.

Néanmoins nous avons pu distinguer le plus souvent ces différentes tumeurs les unes des autres. Dans deux cas seulement où nous avions affaire à des kystes purulents accompagnés de très-vives douleurs, il nous a été impossible de pratiquer convenablement le toucher et d'établir sûrement le diagnostic.

Dans la grossesse extra-utérine, la tumeur présente une masse hétérogène composée de parties molles et fluctuantes et de parties solides, dures, inégales, souvent mobiles, qui appartiennent au fœtus. Toutefois ces caractères ne sont pas encore suffisants, et le diagnostic n'est établi d'une manière positive que lorsqu'on parvient à entendre le bruit de souffle placentaire et surtout les battements du cœur du fœtus. Nous avons pu, à l'aide de ces derniers signes, reconnaître la

présence d'une grossesse extra-utérine, au quatrième mois, chez une malade de notre service à l'hôpital Cochin.

MM. Bernutz et Goupil ont décrit des tumeurs consécutives à la pelvi-péritonite et formées par des adhérences, soit entre des replis péritonéaux, soit entre plusieurs anses intestinales. Ces tumeurs peuvent être confondues avec les tumeurs phlegmoneuses, dont elles offrent quelquefois la consistance, et dont elles occupent souvent le siége. Cependant nous ne saurions faire jouer à ces adhérences le rôle exagéré qu'on a prétendu leur attribuer dans ces derniers temps, au préjudice des phlegmons péri-utérins. Nous avons déjà dit que nous considérions ces lésions comme le reliquat d'une péritonite partielle, développée le plus souvent, soit simultanément avec un phlegmon éri-utérin, soit à sa suite.

Dans les cas où les tumeurs consécutives à la péritonite pelvienne sont constituées uniquement par des adhérences et des brides, le diagnostic n'offre point de difficultés sérieuses. On ne trouve pas de battements artériels sur la tumeur; sa surface, au lieu d'être résistante, lisse, unie, présente des bosselures, des saillies, des inégalités, que le doigt peut refouler et qui correspondent, soit aux anses intestinales, soit aux adhérences péritonéales.

Quelquefois, cependant, la tumeur consécutive à la pelvi-péritonite est formée par des épanchements séreux ou des dépôts de lymphe plastique dans la cavité du péritoine pelvien; et alors elle offre tant de ressemblance, par ses caractères objectifs, avec le phlegmon péri-utérin chronique, que le diagnostic de ces deux lésions nous paraît impossible pendant la vie. Heureusement, la confusion ne peut entraîner aucune conséquence fâcheuse, puisque les deux espèces de lésions réclament le même traitement.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Nous avons déjà dit, en parlant de l'évolution du phlegmon péri-utérin chronique, avec quelle lenteur cette affection parcourt ses différentes phases. En signalant la marche souvent insidieuse de ses débuts, nous avons fait observer que la phlegmasie peut rester plusieurs mois, plusieurs années même, à l'état latent, sans être soupçonnée ni de la malade ni du médecin, jusqu'à l'apparition de quelques-uns des symptômes généraux ou sympathiques qui viennent révéler sa présence.

L'engorgement péri-utérin chronique, arrivé à son plus complet développement, peut devenir indolent et demeurer stationnaire.

Cette absence de douleurs et de troubles fonctionnels apparents inspire aux malades une fausse quiétude; elles se croient guéries, alors qu'elles sont encore atteintes d'une lésion qui peut être tôt ou tard la source de nouveaux accidents. Dans ce cas, il est nécessaire de recourir à un examen direct, qui seul peut éclairer le diagnostic et dissiper tous les doutes.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; le plus souvent, comme nous l'avons dit en traitant des symptômes, la tumeur inflammatoire éprouve des oscillations dans son volume, des variations dans ses conditions physiques, des modifications, des troubles pathologiques, qui surviennent sous l'influence de toutes les causes capables de troubler la circulation intra-pelvienne et d'augmenter la fluxion des parties phlogosées. Nous nous sommes longuement étendus sur ces recrudescences, ces redoublements, comme M. Gosselin les appelle, qui se montrent particulièrement à l'époque menstruelle, et qui peuvent être assez intenses pour faire passer l'inflammation à l'état aigu.

Nous avons dit comment ces recrudescences deviennent assez souvent le point de départ de péritonites partielles ou générales, et comment, dans certains cas où le péritoine n'est pas atteint, elles donnent lieu à des accidents qui peuvent en imposer pour une péritonite.

En parlant de la thérapeutique, nous exposerons quelle est l'action que le traitement, et en particulier la médication antiphlogistique, exerce sur la marche de l'engorgement.

Le phlegmon péri-utérin a peu de tendance à se résoudre de lui-même, pour deux raisons principales : la première, c'est le siége même de la phlegmasie dans une région déclive peu favorable à l'absorption; la seconde est due aux influences sans cesse renaissantes qui entretiennent ou viennent périodiquement provoquer un état congestif vers les organes pelviens. C'est ce qui explique la longue durée de certaines tumeurs phlegmoneuses péri-utérines méconnues et abandonnées à elles-mêmes. Nous en avons observé dont l'origine remontait à cinq, six, dix, quinze, vingt et même trente ans.

De quelle manière se termine le phlegmon péri-utérin chronique? Livré à lui-même, il a peu de tendance à se résoudre, comme nous venons de le dire; cependant, quoique nous n'en connaissions pas d'exemple authentique, nous admettons que cette phlegmasie peut se terminer spontanément par la résolution.

La guérison devient la règle, si le phlegmon péri-utérin chronique est traité suivant les préceptes que nous ferons connaître bientôt. Dans ce cas, la résolution s'opère plus ou moins facilement, suivant la nature du traitement, suivant la constitution des sujets et le degré d'activité organique qu'ils possèdent, suivant le volume et l'ancienneté de la tumeur, suivant enfin la persévérance et la docilité des malades. La marche de la résolution est encore variable selon que la maladie est simple ou compliquée; et, parmi les complications, celles qui exercent l'influence la plus fâcheuse sont la métrite interne et l'état nerveux.

Dans les cas favorables, lorsque rien ne vient entraver l'action des moyens thérapeutiques, quand la tumeur n'est ni trop volumineuse ni surtout trop ancienne, on peut en obtenir la résolution au bout de trois, quatre ou cinq mois, en moyenne. Dans des circonstances moins favorables, la résolution ne s'opère qu'au bout de dix mois, un an, et même davantage. Nous devons ajouter que, la résolution de la tumeur une fois obtenue, la guérison de la maladie n'est pas toujours complète : il reste parfois, en effet, des complications qui survivent à l'engorgement, et qu'il faut combattre par les moyens que nous indiquerons plus tard.

Un traitement incomplet ou insuffisant ne produit le plus souvent qu'une résolution imparfaite. Alors la tumeur reste stationnaire, en conservant le volume qu'elle présente au moment où l'on cesse le traitement; ou bien la résolution continue à s'opérer, mais en suivant une marche extrêmement lente, à peine sensible.

Si le phlegmon péri-utérin chronique est méconnu, ou s'il est soumis à un traitement peu rationnel, il se termine comme s'il était abandonné à lui-même, très-rarement par résolution.

En dehors de la résolution, deux autres modes de terminaison sont possibles : la suppuration, ou la dégénérescence en un tissu dur et fibreux, qui n'est plus susceptible de résorption.

La suppuration de l'engorgement péri-utérin chronique survient ordinairement à l'occasion d'une recrudescence, qui provoque une réaction locale intense et une explosion de phénomènes généraux proportionnés à l'étendue de la lésion locale. En parlant des abcès pelviens, nous ferons l'histoire de ces collections purulentes, qui peuvent être partielles ou générales, et donner lieu à des désordres variés. Nous dirons aussi que la suppuration péri-utérine, au lieu d'être diffuse et de déterminer tous les accidents du phlegmon sup-

puré, peut s'accumuler dans un espace limité, s'entourer d'une fausse membrane et persister un temps plus ou moins long à l'état d'abcès enkysté.

L'induration fibreuse des tissus péri-utérins chroniquement enflammés est un mode de terminaison assez rare pour qu'il ne nous ait été donné de l'observer qu'un très-petit nombre de fois dans le cours de notre pratique.

Les malades atteintes de phlegmon péri-utérin chronique succombent rarement à la suite de cette affection. Quand parfois la mort survient, elle est due, en général, soit à une péritonite concomitante, soit au développement d'une suppuration diffuse dans le bassin, soit encore aux désordres généraux et cachectiques qui accompagnent quelquefois le phlegmon péri-utérin.

Pronostic. — Le pronostic du phlegmon péri-utérin chronique se déduit de tout ce que nous venons de dire. Nous ne saurions trop le répéter, c'est une maladie qui, par elle-même, est rarement mortelle; mais si elle n'aboutit qu'exceptionnellement à une terminaison fatale, elle peut devenir une source de douleurs persistantes, de souffrances variées, ou le point de départ d'accidents nerveux, qui rendent très-pénible la vie des malades. Il est donc de la plus haute importance de reconnaître cette affection et de la combattre en temps opportun par des moyens appropriés. C'est vers ce but que nous avons dirigé nos recherches cliniques depuis longtemps.

Les circonstances qui prolongent la durée du phlegmon, ou qui nuisent à l'efficacité du traitement, peuvent aussi ajouter une certaine gravité au pronostic de cette affection.

Le volume et surtout l'ancienneté de la tumeur, la présence de grosses artères à sa surface, son siége en arrière de l'utérus ou dans le ligament large gauche, l'existence de quelque complication, sont autant de causes qui prolongent la durée du phlegmon péri-utérin chronique, autant de conditions qui rendent le pronostic plus sérieux.

Les complications ajoutent un certain degré de gravité au pronostic du phlegmon péri-utérin chronique, soit en raison des difficultés qu'elles apportent au traitement, soit en raison de la réaction réciproque de ces diverses lésions. A ce point de vue, la métrite interne est incontestablement la plus redoutable des affections conco-

mitantes. Nous avons déjà insisté sur ce sujet à l'occasion de cette dernière maladie.

Le phlegmon est plus difficile à guérir, toutes choses égales d'ailleurs, chez les femmes d'un tempérament lympathique que chez celles d'un tempérament mixte ou sanguin ; chez les malades d'une constitution chétive et débile, que chez celles d'une complexion robuste. Une grande susceptibilité nerveuse peut encore avoir une influence funeste sur la marche et la terminaison du phlegmon péri-utérin, et donner plus de gravité au pronostic.

Le pronostic varie enfin suivant le degré d'aptitude des malades à supporter le traitement.

THÉRAPEUTIQUE. — Quand le phlegmon péri-utérin aigu est passé à l'état chronique, ou lorsqu'il se montre d'emblée sous cette dernière forme, par quels moyens convient-il de le combattre?

Si nous avons trouvé tous les auteurs unanimes à reconnaître l'opportunité des antiphlogistiques contre le phlegmon péri-utérin aigu, on est loin de rencontrer le même accord à propos du traitement du phlegmon à l'état chronique.

Martin Solon (*Dict. de méd. et de chir. pratiq.*, t. XII, p. 417) conseille les antiphlogistiques dans les premiers temps de la maladie ; mais il ne formule aucune règle précise à cet égard et ne dit point dans quelle mesure ils doivent être employés.

M. Andral (*Dict.* en 21 vol., t. XVI, p. 90) se borne à dire que dans l'ovarite chronique on doit chercher à établir une révulsion plus ou moins forte sur différents points de la peau : des cautères, des moxas, des sétons, des vésicatoires peuvent être appliqués sur l'hypogastre, etc.

La plupart des auteurs adoptent, comme M. Andral, cette méthode des révulsifs locaux, et ils y joignent l'usage des médicaments résolutifs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur : les frictions avec les pommades iodurées, les emplâtres fondants, les douches de baréges dirigées sur les aines, ou, sous forme ascendante, dans le vagin ; les bains de Plombières, de Luxeuil, de Bourbonne, de Néris, etc. A l'intérieur, le calomélas à doses fractionnées, les préparations de ciguë, de saponaire, de salsepareille, etc. On recommande en outre, pendant tout le temps du traitement, l'habitation d'un milieu sec et suffisamment chaud, le repos d'abord, puis un exercice modéré et un régime peu substantiel.

Lisfranc (*Clinique chirurgicale*) conseille et préconise les émissions sanguines générales ou locales, dans le phlegmon chronique des ligaments larges. D'après lui, la saignée générale doit être préférée aux sangsues et aux ventouses scarifiées, appliquées sur la région malade ; car, bien que les émissions sanguines locales soient ici plus efficaces que dans la métrite chronique, Lisfranc se tient en défiance envers elles depuis qu'il les a vues produire des recrudescences soudaines et inquiétantes dans les engorgements inflammatoires des annexes de l'utérus. Lorsque les antiphlogistiques ne sont plus indiqués, Lisfranc emploie la médication résolutive.

Grâce à cette médication méthodiquement appliquée, le chirurgien de la Pitié a obtenu la résolution d'un certain nombre d'engorgements chroniques des ligaments larges. Mais, à défaut d'un diagnostic suffisamment précis, le mode de traitement préconisé par Lisfranc a échoué dans plusieurs cas ; et quand il a réussi, la guérison s'est fait en général longtemps attendre. J'ai eu en effet l'occasion de rencontrer des malades atteintes de ce genre d'affection, qui avaient été traitées par Lisfranc pendant trois, quatre, cinq, six, dix ans et plus ; et même j'ai observé une malade qui reçut les soins de cet éminent praticien pendant vingt-cinq ans, sans être complétement guérie.

Avant mes recherches, j'ai vainement employé la méthode thérapeutique de Lisfranc chez quelques malades, pendant huit ans chez l'une d'elles et pendant douze ans chez une autre, et j'ai pu les guérir ensuite en six ou huit mois, à l'aide du traitement dont nous allons tracer les règles.

Frappé de l'insuffisance des moyens préconisés par les auteurs, et de la thérapeutique instituée par Lisfranc lui-même, je me suis appliqué à apporter au traitement du phlegmon péri-utérin chronique des modifications puisées dans une notion plus exacte du siége et de la nature de la maladie.

La méthode qu'il nous reste à faire connaître est basée sur de nombreuses observations; grâce à elle, j'ai pu obtenir la résolution d'engorgements péri-utérins dont l'origine était ancienne et qui avaient résisté longtemps à l'emploi des médications les plus variées.

Toutefois, avant d'aborder ce sujet, je dois dire qu'ayant trouvé le moyen de combattre certaines complications qui neutralisaient les effets du traitement dirigé contre le phlegmon péri-utérin chronique,

je n'ai plus besoin d'insister sur les émissions sanguines autant que je l'ai fait au début de mes recherches.

Il me semble également nécessaire d'ajouter que, tout en reconnaissant les avantages de la saignée employée avec mesure, je m'attache de plus en plus à en restreindre l'usage.

Pour obtenir sûrement la résolution d'une tumeur d'origine inflammatoire, il est évident qu'il faut satisfaire à deux indications principales : la première, c'est de dériver la fluxion sanguine, de modérer et même d'arrêter l'activité circulatoire dont la tumeur est le siége; la seconde consiste à provoquer, à favoriser, à entretenir, et même, s'il se peut, à activer l'absorption de la matière plastique épanchée dans le tissu cellulaire.

Les moyens propres à satisfaire à la première indication sont : les émissions sanguines, les révulsifs et les dérivatifs.

La seconde indication est remplie à l'aide des résolutifs, des fondants, du régime, de l'hydrothérapie, des eaux minérales, etc.

Saignée générale.—Les effets de la phlébotomie sont si bien connus qu'il n'est point nécessaire d'y insister ici. Qui ne sait qu'en dérivant le cours du sang, en privant ce liquide de ses éléments plastiques et en diminuant sa masse absolue, la saignée agit tout à fait en sens inverse de l'inflammation, interrompt le travail phlegmasique et finit même quelquefois par le rendre impossible?

Mais la saignée générale produit encore sur les tissus chroniquement enflammés une modification mal connue et sur laquelle les auteurs n'ont pas suffisamment fixé l'attention, et que nous croyons utile de bien faire connaître. La saignée, en soustrayant brusquement au système circulatoire une certaine proportion du fluide qui le parcourt, rompt l'équilibre régulier des grands systèmes organiques et produit dans l'économie une perturbation plus ou moins profonde. Mais, indépendamment de cette action générale sur l'organisme, la saignée en exerce une autre non moins importante sur les tissus actuellement atteints de phlegmasie chronique. Son premier effet est de détourner le cours du sang qui s'opère vers les parties enflammées et de diminuer la congestion dont elles sont le siége habituel; mais, comme il n'y a point d'action sans réaction, ce premier résultat est suivi d'un effet contraire : le vide relatif, qui s'est produit momentanément dans les tissus

enflammés, y appelle de nouveau le sang, et avec une énergie plus grande; cette fluxion, que nous pourrions appeler *réactionnelle*, est plus active qu'avant l'émission sanguine, si bien qu'il s'accomplit, dans le travail interstitiel de la tumeur phlegmoneuse, une véritable recrudescence, un retour vers l'état subaigu. C'est là un fait positif et que confirme l'observation clinique. En effet, on verra, en lisant l'histoire de nos malades, que, chez presque toutes, la saignée a produit d'abord un grand soulagement, correspondant à l'action immédiate et révulsive de l'émission sanguine, et qu'elle a donné lieu consécutivement à une manifestation ou à une exacerbation de la douleur, résultant de l'influence secondaire ou réactionnelle dont nous avons parlé. A cette recrudescence de la douleur correspond aussi, dans quelques cas, une certaine augmentation de la tumeur. La réaction, qui est en rapport avec le volume de l'engorgement et avec des conditions individuelles qui rendent la malade plus ou moins sensible à l'effet de la saignée, la réaction, disons-nous, est nécessaire pour amener la résolution du phlegmon; c'est elle qui assure l'efficacité de la saignée. Très-vive au début du traitement, alors que la tumeur est le plus volumineuse, cette réaction est de moins en moins marquée à mesure que l'engorgement diminue, et elle finit par n'être plus sensible quand le travail de résolution touche à son terme.

Nous venons de dire qu'une réaction inflammatoire est nécessaire pour amener la fonte du phlegmon chronique; mais c'est à la condition qu'elle ne dépasse pas certaines limites. Voici ce qui se passe alors : — la tumeur devient le siége d'un travail d'irritation sécrétoire qui provoque d'abord la liquéfaction, puis l'absorption d'une partie du plasma épanché dans les mailles du tissu cellulaire. Mais cette irritation ne tarde pas à se dissiper, et tout rentre dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle saignée vienne déterminer encore un travail analogue, suivi des mêmes résultats. C'est donc par une série d'actes moléculaires, comparables, jusqu'à un certain point, au travail de la digestion, que s'opèrent la fonte et la résorption des produits plastiques qui constituent l'engorgement péri-utérin chronique. Mais il arrive quelquefois que cette salutaire réaction dépasse les bornes : alors l'inflammation provoquée par la saignée, au lieu de n'affecter que l'état subaigu, donne lieu à tous les accidents qui caractérisent le phlegmon aigu. Ces cas sont rares, heureusement; mais on doit toujours les prévoir, et, sitôt qu'ils se manifestent, agir

avec assez de vigueur pour les maîtriser et pour les rendre profitable à la guérison, en les ramenant aux proportions de l'état subaigu.

Quelquefois la réaction, dont il est ici question, s'effectue sans troubles sensibles, de manière que l'absorption se produit, la tumeur diminue et même disparaît, sans que les malades en aient conscience.

Ce mode d'action des émissions sanguines sur le phlegmon péri-utérin chronique n'est point une hypothèse gratuite, mais un fait de physiologie pathologique entièrement en rapport avec l'observation clinique. En effet, il peut se présenter trois cas, suivant que la réaction qui succède à la saignée est nulle, faible ou intense. Dans le premier cas, les malades sont soulagées pendant un temps plus ou moins long, puis la douleur reparaît, mais ordinairement moins vive qu'avant la saignée; quelques malades même sentent la douleur diminuer au fur et à mesure que le sang coule. Dans le second cas, le soulagement, qui succède immédiatement à l'émission sanguine, fait place, au bout d'un temps variable, à une légère recrudescence des douleurs. Enfin, quand la saignée est suivie d'une réaction intense, les souffrances deviennent très-vives, la fièvre se développe, et avec elle tous les symptômes d'une recrudescence aiguë.

Donc la saignée générale est indiquée dans un certain nombre de cas de phlegmon péri-utérin chronique, et il est quelquefois utile de la répéter pour en obtenir un bon résultat.

La saignée du bras doit être pratiquée après l'époque des règles, afin de combattre les effets de la fluxion menstruelle et de diminuer plus rapidement la congestion des organes pelviens.

Si l'état des forces de la malade le permet, il faut encore recourir à la saignée toutes les fois que se manifestent, sous une influence quelconque, les symptômes d'une recrudescence inflammatoire.

Dans quelle mesure doit-on employer la saignée? Nous ne saurions le dire d'une manière absolue. On doit à cet égard prendre en sérieuse considération la constitution des malades, l'étendue et l'ancienneté de l'engorgement, le volume des artères utérines, le degré d'intensité des douleurs et les diverses complications du phlegmon péri-utérin chronique. C'est en tenant compte de toutes ces circonstances qu'on parvient à saisir les indications et les contre-indications de la saignée, et à déterminer dans quelle mesure il convient d'y recourir.

En général, il faut donner la préférence aux petites saignées révulsives de 30, de 40, de 60 et de 80 grammes; mais dans quelques

cas et plus spécialement dans certaines recrudescences inflammatoires, il est utile et même nécessaire de pratiquer une saignée de 100, de 200 et de 300 grammes, comme dans les inflammations franches.

On éloigne ensuite les saignées, et chaque fois on retire moins de sang, à mesure que le phlegmon péri-utérin chronique perd de son volume et marche vers la résolution. Mais il est un précepte qu'on ne doit pas oublier, c'est que, dans l'emploi des saignées, il vaut mieux prendre pour base l'intensité des douleurs et de la réaction locale que le volume de la tumeur.

La présence d'une ou de plusieurs artères à la surface de l'engorgement péri-utérin, le volume de ces vaisseaux, fournissent aussi des indications qu'on ne doit pas négliger. Dans ce cas, il faut insister d'autant plus sur la saignée que ces vaisseaux ont acquis des dimensions plus grandes.

La saignée, pratiquée suivant les principes que nous venons d'énoncer, agit très-favorablement, non-seulement sur l'engorgement lui-même, mais encore sur les phénomènes réflexes qu'il éveille. C'est ainsi qu'un certain nombre de malades, sujettes à des crises nerveuses, provoquées par la douleur inflammatoire, ressentent, immédiatement après la saignée, un soulagement marqué. Il leur semble, pour nous servir de l'expression d'une d'entre elles, que « leurs nerfs s'écoulent avec leur sang. »

Cependant, il n'en est pas ainsi chez d'autres malades d'une constitution éminemment nerveuse, et dont l'état hystérique est indépendant de la phlegmasie péri-utérine; les émissions sanguines exaspèrent à un haut degré cet état d'éréthisme nerveux : il faut alors traiter simultanément ces deux états morbides.

Quelles sont les contre-indications à l'emploi des saignées générales?

On doit être très-réservé dans l'emploi de cette médication, et même y renoncer complétement, si elle est suivie de douleurs intenses et si elle ébranle fortement le système nerveux. Mais il est utile d'y revenir après qu'on a réussi à calmer, par d'autres moyens, cette grande susceptibilité nerveuse, si préjudiciable au traitement.

Les émissions sanguines ne doivent pas être employées chez une personne faible, cachectique, d'une constitution débile ou offrant les signes d'une prédisposition tuberculeuse.

La chloro-anémie est-elle une contre-indication formelle de la saignée? Je n'hésitai pas à admettre, dans le principe, que chez les

malades atteintes simultanément de phlegmon péri-utérin chronique et de chlorose, il fallait combattre d'abord cette dernière affection et ajourner le traitement du phlegmon péri-utérin. Cette pratique me parut rationnelle, et elle était d'ailleurs en harmonie avec les idées généralement reçues; mais bientôt je fus obligé de reconnaître que les données de la théorie n'étaient point, dans l'espèce, confirmées par l'expérience.

Voici, en quelques mots, le fait qui m'a conduit à agir d'une manière différente et à commencer par le traitement du plegmon péri-utérin.

Une femme chloro-anémique et atteinte de phlegmon péri-utérin était entrée deux fois dans mon service, à l'hôpital Cochin; jusqu'alors je m'étais borné à combattre l'appauvrissement du sang, et la malade n'avait éprouvé aucune amélioration. Une troisième fois elle vint réclamer mes soins pour la même affection; ayant observé que la saignée pouvait être pratiquée avec avantage chez les malades devenues anémiques pendant le cours du traitement, je n'hésitai pas à employer les petites émissions sanguines malgré la chloro-anémie; et, sous l'influence de cette médication, si opposée à la première, la malade sortit entièrement guérie au bout de quatre mois. Depuis cette époque, nous avons appliqué ce traitement chez un grand nombre de chloro-anémiques, et les résultats ont confirmé nos prévisions.

Émissions sanguines locales. — Nous conseillons d'employer rarement les saignées générales et les émissions sanguines locales concurremment; on ne doit recourir à l'usage simultané de ces deux moyens que lorsqu'il se manifeste quelque recrudescence violente qui menace de ramener les accidents de l'état aigu, ou lorsque, dans le cours du phlegmon péri-utérin chronique, éclatent les symptômes d'une péritonite partielle.

Nous ne prescrivons pas toujours indifféremment les sangsues ou les ventouses scarifiées. Les sangsues ont l'avantage de déterminer un écoulement de sang plus lent, plus continu et de plus longue durée; mais les ventouses permettent d'en préciser plus exactement la dose, et, en outre, elles produisent sur la peau une révulsion plus prononcée que celle que déterminent les piqûres de sangsues. Cependant ces avantages respectifs ne sont pas suffisants pour motiver le choix d'un de ces moyens à l'exclusion de l'autre; il vaut mieux, à cet égard, consulter les susceptibilités individuelles, et même tenir

compte des répugnances des malades pour tel ou tel mode d'émission sanguine. On ne doit déroger à ce précepte que dans les cas où il importe de déterminer avec précision la quantité de sang qui doit être soustraite ; et alors les ventouses scarifiées méritent la préférence.

Quant au nombre de sangsues ou de ventouses scarifiées, nous le proportionnons, aussi bien que celui des saignées générales, à l'intensité de la maladie et à l'état de la constitution. Ordinairement, pour une femme de constitution moyenne, nous appliquons à la fois de six à dix sangsues, de trois à cinq ventouses scarifiées. Chez les malades d'une constitution moins forte, trois ou quatre sangsues suffisent, en ayant toujours soin de surveiller attentivement l'écoulement du sang. Nous répétons ces applications autant que les indications locales le réclament, au plus une ou deux fois par mois, et, dans beaucoup de cas, à des intervalles plus éloignés ; puis, à mesure que la résolution s'opère et que l'engorgement diminue, nous diminuons aussi le nombre et la quantité des saignées locales.

On applique les sangsues ou les ventouses, soit à l'hypogastre, au niveau même de la tumeur phlegmoneuse, quand elle est latérale ou anté-utérine ; soit aux fesses et dans la région sacrée, lorsque l'engorgement est rétro-utérin. En un mot, il faut choisir le lieu le plus rapproché de la région qui est le siége de la phlegmasie et le point de départ des douleurs. Beaucoup d'auteurs conseillent d'appliquer les sangsues à la vulve, ou à la partie supérieure et interne des cuisses. Cette pratique produit ordinairement un effet ménorrhagique qui a l'inconvénient de congestionner les tissus enflammés ; aussi n'y avons-nous recours que vers la fin du traitement, à une époque où l'on n'a plus à craindre l'accident que nous venons de signaler.

L'application des sangsues sur le col de l'utérus peut procurer des avantages réels dans la métrite interne, ainsi que nous l'avons dit ailleurs ; mais nous ne conseillons pas d'y recourir pour le phlegmon péri-utérin, dans la crainte d'amener, vers les parties hypérémiées, un surcroît de fluxion qui peut n'être pas sans danger.

Quelquefois les saignées locales, et surtout les sangsues à l'hypogastre, déterminent des recrudescences analogues à celles que nous avons signalées à propos des saignées générales au début du traitement. Chez certaines malades aussi, elles exaltent l'état nerveux d'une manière à peu près constante. Dans ces circonstances, on

doit employer très-sobrement les émissions sanguines, et même s'en abstenir le plus souvent. Quand, au contraire, les malades en éprouvent un soulagement durable, il faut répéter une et même plusieurs fois les émissions sanguines locales, non-seulement lorsque le soulagement qui en résulte se maintient sans interruption, mais encore lorsque l'amendement n'est que passager.

La métrorrhagie est une contre-indication formelle de la saignée locale. Nous ne l'avons vue réussir que dans un seul cas; dans tous les autres, elle a été suivie d'une augmentation de l'hémorrhagie et d'une recrudescence des phénomènes inflammatoires.

Moyens adjuvants. — Comme auxiliaires du traitement antiphlogistique, dont nous venons de tracer les règles, il est utile d'employer les manuluves révulsifs, répétés une ou deux fois par jour, pendant cinq ou six minutes, dans l'intervalle des règles, la malade étant couchée et à jeun; — les émollients de toute nature : cataplasmes, simples ou laudanisés, ni trop chauds, ni trop pesants; — fomentations émollientes, huileuses ou calmantes; — onctions avec l'axonge simple ou une pommade opiacée, chloroformée, etc. Nous employons rarement les onctions mercurielles, qui ont une bien plus grande efficacité dans le phlegmon péri-utérin aigu que dans l'engorgement chronique.

Ce que nous avons dit des bains, à propos du traitement de la métrite, est également applicable à l'emploi de cette médication dans le phlegmon péri-utérin. Pour les détails nous renvoyons le lecteur au chapitre IX, p. 256.

Quand la douleur est vive, on doit recourir aux topiques calmants, et employer les narcotiques à l'intérieur; car il est important d'écarter cet élément morbide, qui appelle dans les tissus malades une stimulation nuisible, y entretient et même augmente l'état inflammatoire; les préparations d'opium ou de belladone se donnent, soit en pilules ou en potions, soit sous forme de trochisques, soit en lavements. On doit préférer ces deux derniers modes d'administration, qui n'ont point l'inconvénient de troubler les fonctions de l'estomac et qui agissent plus directement sur le foyer de la douleur. Le chloroforme, soit en inhalation, soit en applications locales, peut également concourir à calmer les douleurs.

Les injections hypodermiques de morphine *loco dolenti* peuvent être aussi employées avec avantage dans certains cas où la douleur ne cède pas aux autres agents.

Quelquefois les douleurs résistent à l'emploi des calmants et des narcotiques de toute espèce : ce sont des douleurs de forme névralgique, dont le siége et l'étendue sont extrêmement variables, qui se montrent le plus souvent aux lombes et dans les membres inférieurs, mais qui peuvent aussi se manifester le long du dos, dans les espaces intercostaux et même dans les membres thoraciques. Liées d'abord à l'affection péri-utérine, ces douleurs cessent plus tard de lui être subordonnées; et quoique la tumeur diminue et disparaisse même elles persistent et acquièrent une existence propre, indépendante de l'engorgement qui leur a donné naissance. De pareilles souffrances, nous le répétons, ne cèdent pas toujours aux préparations narcotiques; et alors elles disparaissent le plus souvent sous l'influence de la cautérisation transcurrente superficielle, dont nous avons déjà parlé à l'occasion de la métrite interne. Au début du traitement, en raison des recrudescences qui peuvent se produire, nous avons très-rarement recours à la cautérisation transcurrente; car alors l'emploi du fer rouge pourrait être plus nuisible qu'utile; nous l'employons généralement vers le déclin de la maladie, pour triompher, comme nous venons de le dire, de ces douleurs névralgiques réfractaires aux autres agents thérapeutiques. Cependant on doit recourir à la cautérisation transcurrente dès le principe, lorsqu'il existe une susceptibilité nerveuse exagérée, qui ne permet pas d'employer les émissions sanguines. Dans ce cas, on commence par combattre l'état nerveux au moyen du fer rouge; et quand cette complication est écartée, la médication antiphlogistique devient applicable.

On procède à la cautérisation transcurrente conformément aux préceptes que nous avons établis à propos du traitement des douleurs névralgiques consécutives à la métrite interne (p. 307).

Les purgatifs ont été conseillés au double titre d'évacuants et de révulsifs. Leroy (d'Étiolles) les recommande pour remplir ces deux indications; mais nous ne saurions partager entièrement cette opinion. Suivant nous, l'usage fréquent des purgatifs n'est pas toujours sans inconvénients, en raison des connexions intimes de l'intestin et des tissus péri-utérins enflammés.

Les purgatifs sont des auxiliaires utiles du traitement antiphlogistique. Leur usage a surtout pour but de tenir le ventre libre, de prévenir les fâcheux effets de la constipation opiniâtre. Il faut choisir, parmi les purgatifs les plus doux, ceux qui n'exercent aucune action irritante sur la muqueuse intestinale. Les drastiques, qui portent plus

spécialement leur action sur le gros intestin, doivent être proscrits d'une manière absolue.

On peut enfin prescrire de temps en temps les lavements laxatifs, émollients, huileux, alternativement avec les purgatifs.

Fondants. — L'iodure de potassium a été, comme on le sait, employé avec succès dans le traitement des engorgements inflammatoires chroniques du sein, des testicules et d'autres organes; cet agent peut rendre les mêmes services dans les tumeurs phlegmoneuses péri-utérines chroniques. Lisfranc et Martin-Solon en ont vanté l'usage. Lisfranc rapporte qu'il a vu des engorgements chroniques des ligaments larges disparaître sous l'influence de ce précieux médicament. Nous l'avons nous-même employé avec succès dans un grand nombre de cas analogues; aussi nous n'hésitons pas à le ranger parmi les remèdes les plus efficaces qu'on puisse opposer au phlegmon péri-utérin chronique.

L'iodure de potassium doit être employé seulement lorsque toute réaction locale et générale a cessé, quand il n'existe plus ni fièvre ni douleur, et que les battements artériels ont disparu à la surface de l'engorgement. Une métrorrhagie, une leucorrhée trop abondante, symptomatique de la métrite interne, le mauvais état et l'intolérance des voies digestives, constituent encore des contre-indications formelles à l'emploi de l'iodure de potassium.

On donne ce sel à la dose de 10, 20, 30 et 40 centigrammes par jour, soit dans une potion, soit dans une tisane de houblon ou de saponaire, soit dans du sirop d'écorce d'oranges amères ou de bardane. Il vaut mieux encore le faire prendre au moment des repas, ou dans de l'eau sucrée, ou dans de l'eau rougie.

Quand l'iodure de potassium détermine des troubles dans les fonctions digestives, il faut en suspendre l'usage pendant quelque temps et y revenir un peu plus tard.

L'iodure de potassium produit des effets différents suivant les périodes de la maladie pendant lesquelles il est administré. S'il est pris prématurément, avant la disparition de tous les phénomènes de réaction, il peut provoquer tous les symptômes d'une recrudescence et le retour des accidents inflammatoires aigus, tels que l'exaspération de la douleur, l'augmentation de volume de la tumeur phlegmoneuse et un mouvement fébrile plus prononcé. On doit alors supprimer immédiatement l'emploi de l'iodure de potassium. S'il est donné en temps opportun et suivant les règles que nous venon d'établir,

l'iodure de potassium active l'absorption des produits plastiques épanchés; et, dans ce cas, la résolution s'opère sans trouble, sans commotion, d'une manière lente, progressive, et pour ainsi dire latente.

L'emploi de l'iodure de potassium peut être continué pendant plusieurs mois, jusqu'à la résolution de l'engorgement, en ayant soin de ne pas le donner pendant l'époque menstruelle.

En résumé, l'iodure de potassium appartient au traitement d'une certaine période de l'engorgement péri-utérin, qui correspond à la disparition de tout phénomène inflammatoire.

Outre l'iodure de potassium, on a préconisé d'autres fondants, et en particulier les préparations de mercure, d'or, d'arsenic, de soufre, de saponaire et de ciguë, les eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées.

Toutes ces substances, sauf le mercure, l'arsenic, la saponaire et la ciguë, possèdent, comme l'iodure de potassium, une propriété excitante, qui doit également les faire exclure du traitement du phlegmon péri-utérin avant la disparition des phénomènes de réaction inflammatoire.

L'action antiphlogistique du mercure le rend particulièrement applicable dans la forme subaiguë du phlegmon péri-utérin.

La ciguë, en raison de ses propriétés sédatives et fondantes, doit être employée surtout lorsque l'engorgement subaigu ou chronique s'accompagne de douleurs.

Quant à l'arsenic et au soufre, ils ne conviennent que dans les cas où le phlegmon péri-utérin est accompagné d'une diathèse herpétique ou scrofuleuse qui peut retarder la guérison.

La ciguë, les substances iodées et mercurielles, s'emploient, non-seulement à l'intérieur, mais encore à l'extérieur, sous forme de pommades, d'embrocations et d'emplâtres. On les associe souvent au savon et aux préparations saturnines. La teinture d'iode s'applique encore en badigeonnages sur la peau, au niveau de la partie malade, et de cette manière elle agit à la fois comme révulsif et comme altérant, et peut ainsi remplacer quelquefois les vésicatoires.

Révulsifs. — Le vésicatoire est, sans contredit, le plus utile et le plus important de tous les révulsifs dans le traitement du phlegmon péri-utérin chronique. Velpeau a contribué beaucoup à en vulgariser l'usage contre les engorgements inflammatoires, quels qu'en soient la nature et le siége; et beaucoup de médecins, à son exemple,

l'emploient seul et à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, dans les phlegmasies chroniques des annexes de l'utérus. Nous avons eu souvent, nous aussi, l'occasion de constater les heureux effets du vésicatoire dans ce genre de phlegmasies; mais nous croyons que c'est exagérer la valeur de cet agent que de ne pas l'associer aux autres médications dont il a été précédemment question.

Les effets du vésicatoire dans le phlegmon péri-utérin sont variables, et son efficacité est subordonnée à diverses conditions qu'il importe de connaître et que nous allons exposer.

Avant tout, le vésicatoire convient dans le traitement du phlegmon péri-utérin chronique simple. Généralement, on doit n'y recourir qu'après les émissions sanguines, lorsque les phénomènes de réaction locale ont été suffisamment atténués, lorsque les douleurs sont devenues moins fréquentes et moins vives, lorsque les artères utérines ne présentent plus un aussi grand développement, enfin lorsque les redoublements sont moins marqués et moins rapprochés. Si l'on ne tient pas compte de ces circonstances, on s'expose d'une manière à peu près certaine à amener une aggravation des symptômes et même une recrudescence inflammatoire.

Le vésicatoire peut et même doit être employé d'emblée, et constituer la base du traitement, chez les malades faibles, anémiques et incapables de supporter les émissions sanguines.

Cependant il faut prendre en sérieuse considération le tempérament, l'idiosyncrasie et la susceptibilité nerveuse des malades. Les vésicatoires réussissent rarement chez les hystériques; le plus souvent ils provoquent chez elles des attaques violentes. Ils sont mal tolérés aussi par les malades douées d'une hyperesthésie cutanée excessive; la douleur intense que produit alors le vésicatoire peut retentir dans la partie enflammée et rappeler tous les symptômes de l'état subaigu. Dans tous ces cas, on doit user du vésicatoire avec la plus grande circonspection, et même s'en abstenir le plus souvent, ou ajourner son emploi jusqu'à ce que l'on soit parvenu, par d'autres médications, à atténuer l'excès de la sensibilité. C'est ainsi que nous avons vu l'application des vésicatoires devenir possible dans ces conditions difficiles, lorsque la sensibilité générale avait été modifiée préalablement par la cautérisation transcurrente superficielle.

La coexistence d'une métrite interne avec un phlegmon péri-utérin chronique est quelquefois une contre-indication du vésicatoire; c'est lorsque l'inflammation intra-utérine donne lieu à des douleurs

vives, aiguës, que la moindre excitation peut exaspérer. Appliqué dans ces conditions, le vésicatoire amène souvent un état congestif plus marqué dans les tissus péri-utérins, et, par suite, une recrudescence inflammatoire.

Il faut apporter la même réserve dans l'application des vésicatoires, lorsque le phlegmon péri-utérin est compliqué de métrorrhagies actives. Dans ce cas, la médication révulsive augmente la fluxion des tissus enflammés, et, comme nous l'avons vu souvent, elle exerce une action nuisible sur l'engorgement péri-utérin, et en retarde la guérison.

Il résulte donc de ce qui précède que l'emploi des vésicatoires trouve sa principale indication dans le phlegmon péri-utérin chronique exempt de complications, et qu'avant d'y recourir on doit s'appliquer à éloigner certaines affections concomitantes, notamment l'état nerveux, l'hyperesthésie cutanée, la métrite interne et les métrorrhagies.

Dès que se manifestent les signes précurseurs de la formation du pus, on doit renoncer aux émissions sanguines et employer la médication révulsive; mais, une fois la suppuration établie, les vésicatoires n'ont plus aucune chance de succès; ils ne pourraient qu'augmenter les douleurs et l'état fébrile, et réagir d'une manière funeste sur la partie malade.

Un seul vésicatoire suffit quelquefois pour enrayer la marche du phlegmon péri-utérin chronique; mais le plus souvent il est nécessaire de le répéter deux, trois, quatre fois et même davantage; enfin, dans un petit nombre de cas rebelles, nous avons été obligés d'en appliquer une douzaine et même plus.

L'intervalle laissé entre chaque application de vésicatoire doit varier suivant les indications; cependant il est rare qu'on soit obligé d'en appliquer plus de deux par mois.

Il va sans dire que les vésicatoires ne doivent être appliqués ni pendant la période menstruelle, ni pendant une recrudescence.

En général, le moment le plus opportun pour l'application du vésicatoire, c'est huit jours environ après l'époque des règles, ou au moins douze jours avant le retour des menstrues; car il ne faut pas oublier que le vésicatoire a quelquefois pour résultat de hâter l'apparition des règles.

En général, le vésicatoire doit être appliqué sur la région correspondant à l'engorgement inflammatoire. Si cet engorgement occupe

les parties latérales de l'utérus, le vésicatoire sera appliqué sur l'hypogastre au niveau des régions ovariques. Si la lésion a son siége entre l'utérus et le rectum, on devra le placer sur la région lombo-sacrée ou sur la région fessière. Si, ce qui est rare, elle est en avant de l'utérus, on devra le mettre au-dessus du pubis. En un mot, on doit être guidé par le lieu qu'occupe le phlegmon péri-utérin et par le siége de la douleur.

Les dimensions du vésicatoire doivent toujours dépasser les limites de l'engorgement péri-utérin. Les vésicatoires trop petits ont l'inconvénient de déterminer des douleurs et un léger mouvement de réaction qui ne sont compensés par aucun avantage.

Il est utile de saupoudrer les vésicatoires de camphre, pour prévenir ou pour atténuer l'action de la cantharidine sur la vessie. Dans le même but, on emploie les vésicatoires préparés suivant la méthode de Bretonneau, qui consiste à couvrir l'emplâtre vésicant d'une feuille de papier de soie imbibé d'huile. On peut ajouter utilement à ces précautions le bicarbonate de soude, que l'on administre à la dose de 5 grammes dans une ou deux tasses de tisane de queues de cerises ou de chiendent, dès que les malades se plaignent de douleurs dans la vessie.

Nous avons l'habitude depuis longtemps de saupoudrer l'emplâtre vésicant avec 4 à 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine, pour prévenir ou pour modérer les douleurs provoquées souvent par le vésicatoire.

L'emplâtre vésicant doit être retiré aussitôt après qu'il a produit son effet, c'est-à-dire au bout de dix à douze heures en général. Il faut prendre garde de ne pas enlever l'épiderme. Le premier pansement se fait avec du papier brouillard enduit de cérat, que l'on recouvre d'un cataplasme afin de rendre moins douloureuse la plaie du vésicatoire. Les jours suivants, il suffit d'employer le papier cératé; et plus tard on se borne à saupoudrer d'amidon la surface du vésicatoire.

Des révulsifs plus énergiques, les cautères, les moxas, les sétons, ont été conseillés dans le traitement du phlegmon péri-utérin chronique. Nous sommes d'avis de ne recourir à ces moyens que dans des cas exceptionnels; les vésicatoires suffisent le plus souvent. Une seule fois nous avons fait appliquer un séton sur l'hypogastre, pour un phlegmon péri-utérin très-volumineux, et nous n'en avons obtenu aucun avantage.

Moyens hygiéniques. — Employés seuls, les moyens hygiéniques peuvent quelquefois amener la guérison du phlegmon péri-utérin chronique; mais, dans tous les cas, ce sont des auxiliaires utiles, souvent même indispensables.

Le repos absolu doit être observé dans les premières périodes du traitement; mais à mesure que les douleurs diminuent, que la résolution de l'engorgement s'effectue, on peut permettre aux malades de se lever et de faire un peu d'exercice. Mais on ne saurait apporter à cet égard trop de réserve et de vigilance; car si les malades se lèvent trop tôt, les douleurs ne tardent pas à reparaître et, avec elles, les autres signes d'une recrudescence inflammatoire.

Le décubitus dorsal convient à la plupart des malades. En effet, quel que soit le siége de l'engorgement péri-utérin, elles ne peuvent, sans souffrir, rester couchées ni sur l'un ni sur l'autre côté, soit à cause de l'état congestif qui se produit dans les parties déclives, soit à cause des douleurs provoquées par le tiraillement des tissus enflammés. Cependant, pour diminuer le malaise et la fatigue qui résultent du décubitus dorsal prolongé, les malades peuvent s'incliner un peu, tantôt à droite, tantôt à gauche.

La position horizontale doit être gardée pendant un temps dont nous ne saurions préciser la durée, et qui varie suivant l'ancienneté de la maladie, l'intensité des douleurs, l'étendue de l'engorgement, et aussi suivant des conditions individuelles que le médecin peut seul apprécier.

Quand les douleurs ont un certain degré d'intensité, le repos au lit est nécessaire; mais aussitôt que les malades commencent à mieux aller, elles peuvent rester couchées sur une chaise longue ou sur un lit de repos.

Pour prévenir les inconvénients résultant du séjour au lit, il faut avoir soin de placer sous le bassin un coussin de crin ou une large pièce de caoutchouc.

Il importe de recommander, dans le cours du traitement, l'abstention des rapports sexuels, qui exercent une influence fâcheuse sur la marche du phlegmon péri-utérin, et qui peuvent apporter un obstacle à la guérison.

Le régime alimentaire présente autant d'importance que le repos dans le traitement du phlegmon péri-utérin chronique. Sans son concours, les moyens thérapeutiques directs seraient souvent inefficaces ou insuffisants.

du traitement du phlegmon péri-utérin chronique; et, à ce titre, nous ne saurions trop en recommander l'usage, conformément aux indications que nous venons de poser. Mais nous ne pensons pas que la médication hydrothérapique seule suffise pour obtenir la résolution des engorgements péri-utérins et qu'elle puisse être substituée, comme on l'a prétendu, à l'emploi des autres moyens thérapeutiques. Nous avons observé un assez grand nombre de malades qui, après avoir été soumises à un traitement hydrothérapique prolongé, avaient éprouvé une amélioration passagère et avaient été considérées comme guéries, et chez lesquelles cependant on retrouvait encore tous les signes matériels du phlegmon péri-utérin chronique. Ces guérisons apparentes n'étaient pas rares surtout à une époque où les phlegmasies péri-utérines étaient si souvent méconnues.

Bains de mer et médication hydrothermale. — Tandis que l'hydrothérapie peut être employée quelquefois avec succès au début ou dans le cours du traitement du phlegmon péri-utérin chronique, les bains de mer et la médication hydrothermale ne conviennent que dans la dernière période du traitement, lorsque toute trace de réaction inflammatoire a disparu, et lorsque toute chance de recrudescence a été définitivement écartée. Ces divers moyens sont particulièrement utiles, soit pour achever la résolution de l'engorgement, soit pour combattre des complications nerveuses persistantes, soit pour reconstituer le sang et hâter le rétablissement des forces, soit enfin pour modifier certains états diathésiques.

Le choix des eaux minérales est subordonné aux indications que l'on veut remplir.

S'il s'agit d'achever la résolution de l'engorgement, on conseillera de préférence les eaux bromo-iodurées et chlorurées sodiques de Salies, de Salins, de Kreutznach, etc.; les eaux légèrement purgatives de Niederbronn, de Kissingen, de Marienbad, de Hombourg, etc.; les eaux alcalines de Vichy, de Vals, etc.

Contre les complications nerveuses, on emploie les bains de mer, les eaux minérales de Néris, de Luxeuil, de Plombières, d'Ems, d'Ussat, d'Évian, de Royat, de Bagnères-de-Bigorre, etc.

L'état chloro-anémique et l'affaiblissement des forces réclament les bains de mer, les eaux minérales ferrugineuses de Spa, de Bussang, de Passy, d'Auteuil, de Forges, des Eaux-chaudes; les eaux sulfureuses de Barèges-de-Luchon, d'Ax, de Saint-Sauveur, d'Aix-

en-Savoie, de Saint-Gervais, d'Allevard, de Saint-Honoré, d'Enghien, etc.

Il importe de prendre en considération les diathèses. Ainsi, les eaux iodurées et sulfurées conviennent à la diathèse scrofuleuse; les eaux alcalines, à la diathèse rhumatismale; les eaux arsenicales, à la diathèse herpétique.

Dans l'exposé que nous venons de faire du traitement, nous avons supposé le phlegmon péri-utérin dégagé de toute complication; mais le plus souvent, comme nous l'avons dit, il s'accompagne d'autres lésions, et, en particulier, d'une des formes de la métrite. On doit alors tenir compte de ces complications, et ne pas oublier qu'il ne faut attaquer la métrite par les moyens directs qu'après avoir, au préalable, combattu suffisamment le phlegmon péri-utérin.

Ce que nous disons du traitement local de la métrite s'applique aux moyens mécaniques, portés directement sur l'utérus, dans les déviations de cet organe, autres complications fréquentes du phlegmon péri-utérin. On peut d'ailleurs se convaincre en lisant nos observations, combien il est dangereux de ne pas se conformer à ce précepte.

Nous rappellerons, en terminant ce chapitre, ce que nous avons dit à propos du pronostic du phlegmon péri-utérin, à savoir que cette affection se montre bien plus réfractaire aux moyens thérapeutiques lorsqu'elle est compliquée de quelque lésion de l'utérus, et en particulier de la métrite interne.

CHAPITRE V.

DE LA PELVI-PÉRITONITE.

Définition. — La pelvi-péritonite est l'inflammation du feuillet péritonéal qui revêt la cavité pelvienne et les organes qui y sont contenus. C'est donc, à proprement parler, une péritonite partielle, une péritonite pelvienne.

Si nous n'avons pas tracé d'une manière spéciale l'histoire de cette inflammation dans la première édition de notre ouvrage, c'est que nous la considérions comme un des éléments presque constants des phlegmasies péri-utérines (phlegmons, ovarites, etc.), et qu'à ce titre, il nous paraissait suffisant de la mentionner dans la description de ces phlegmasies.

Mais les recherches de MM. Bernutz et Goupil ont donné à la pelvi-péritonite une telle importance, dans ces dernières années, que nous croyons devoir lui consacrer aujourd'hui un chapitre particulier. Cependant nous sommes loin de partager ce qu'il y a d'exagéré dans les opinions de ces deux savants observateurs. Ils attribuent à la pelvi-péritonite, au préjudice des autres phlegmasies péri-utérines, un rôle prépondérant, qui ne nous paraît pas suffisamment justifié. D'ailleurs, ils conviennent eux-mêmes que cette affection est presque toujours symptomatique, c'est-à-dire consécutive. N'est-ce pas avouer implicitement qu'à côté de la pelvi-péritonite et au-dessus d'elle, il y a des inflammations plus importantes, des inflammations primitives (des ovaires, des trompes, des ligaments larges, du tissu cellulaire péri-utérin), qui sont le plus souvent le point de départ de la péritonite pelvienne?

Fréquence. — Le péritoine pelvien s'enflamme rarement d'une manière primitive. Le plus souvent, l'inflammation est secondaire et résulte de la propagation d'une inflammation de voisinage, d'une métrite interne, d'une ovarite, d'un phlegmon péri-utérin, d'une tubite, etc. La pelvi-péritonite primitive est donc rare, tandis que la pelvi-péritonite consécutive est assez fréquente.

Étiologie. — On trouve ici la même série de causes que nous avons signalées pour les phlegmasies péri-utérines en général et pour le phlegmon péri-utérin en particulier.

Parmi les causes physiologiques, nous mentionnerons les troubles menstruels, la suppression brusque des règles, l'influence du froid, les abus sexuels, etc.

Puis viennent les causes puerpérales : un accouchement laborieux, les manœuvres obstétricales, la version ou l'emploi du forceps, la rétention du placenta, la suppression des lochies, les mouvements excessifs, les fatigues et la reprise hâtive des travaux après les couches, les avortements spontanés ou provoqués, etc.

Dans les causes traumatiques nous rangerons : les coups et les contusions sur l'hypogastre, la cautérisation du col de la matrice avec le fer rouge ou avec tout autre caustique énergique, les opérations pratiquées sur l'utérus, les cautérisations et les injections intra-utérines, le cathétérisme de la matrice, le séjour trop prolongé d'un pessaire au fond du vagin, etc.

Nous devons cependant faire une réserve à propos de ces dernières causes. Nous ne croyons pas qu'elles puissent *produire* d'emblée la pelvi-péritonite. Cela n'arrive, en général, que lorsqu'il existait antérieurement une phlegmasie de la muqueuse utérine ou des tissus péri-utérins.

Mais de toutes les causes de la pelvi-péritonite la plus fréquente est, sans contredit, la propagation d'une phlegmasie, soit du vagin, soit de l'utérus, soit de l'ovaire, des trompes ou des ligaments larges au péritoine pelvien. MM. Bernutz et Goupil ont insisté avec raison sur la pelvi-péritonite consécutive à la vaginite blennorrhagique; ils ont même comparé l'inflammation du péritoine pelvien, dans ce cas, à l'orchite consécutive à la blennorrhagie uréthrale. Mais ici encore, ces auteurs nous paraissent avoir été trop loin et avoir exagéré l'action de la blennorrhagie vaginale sur le développement de la pelvi-péritonite, au détriment de l'influence étiologique des phlegmasies utérines et péri-utérines.

Divisions. — MM. Bernutz et Goupil ont décrit quatre formes de la pelvi-péritonite : la forme séro-adhésive, la forme purulente, la forme chronique simple et la forme tuberculeuse.

Nous décrirons : 1° la pelvi-péritonite aiguë, dans laquelle rentrent les formes séro-adhésive et purulente; 2° la pelvi-péritonite chronique, dont nous distrairons la forme tuberculeuse, qui trouvera plus naturellement sa description dans le chapitre consacré aux tubercules des organes génitaux.

§ I. — De la pelvi-péritonite aiguë.

Symptomatologie. — La pelvi-péritonite étant le plus souvent secondaire, *consécutive*, sa manifestation est généralement précédée de tous les *symptômes*, de tous les troubles, tant locaux que géné-

raux, qui appartiennent à l'affection utérine ou péri-utérine à laquelle elle vient se surajouter.

Ces malaises, ces douleurs, ces pesanteurs dans le bassin, dont se plaignent les malades, ne sont donc pas, à proprement parler, des phénomènes *précurseurs*, comme les appellent MM. Bernutz et Goupil; ce sont les indices certains d'une phlegmasie antérieure, primitive, des organes génitaux (utérus, trompes ou ovaires), dont la pelvi-péritonite n'est que la propagation.

Sous l'influence d'un molimen inflammatoire plus actif, plus étendu, ces phénomènes pathologiques acquièrent une intensité plus grande; et bientôt éclatent les symptômes propres à l'inflammation aiguë du péritoine pelvien.

Le premier signe est une douleur locale, très-vive, fixe, occupant tantôt l'hypogastre, tantôt l'une des fosses iliaques, sujette à des exacerbations spontanées, et augmentée par les mouvements, par les efforts de défécation et de miction, par les secousses de la toux et de l'éternument, par la pression manuelle, par le poids des couvertures, etc.

Le ventre est ballonné; ses parois sont tendues douloureusement; la tuméfaction est surtout prononcée dans la région hypogastrique.

Les malades ont des nausées, quelquefois des vomissements et du hoquet.

Elles éprouvent des frissonnements, parfois des frissons véritables, qui indiquent le début de la fièvre.

Le pouls est fréquent, petit, contracté.

Le visage est pâle, les traits sont altérés et pleins d'angoisse.

La respiration est courte, rapide, anxieuse.

La bouche est mauvaise; la langue chargée, saburrale; la soif vive; l'inappétence complète; la constipation plus ou moins opiniâtre.

La plupart des malades sont agitées, inquiètes et tourmentées par l'insomnie.

MM. Bernutz et Goupil insistent beaucoup sur les signes fournis par l'exploration vaginale. « A un premier examen, disent-ils, on constatera tantôt l'existence d'une tumeur dans un ou plusieurs des culs-de-sac du vagin, tantôt une résistance vague seulement, et tantôt enfin de la douleur uniquement, sans la plus petite résistance morbide dans les points où, à une exploration suivante, on trouvera une tuméfaction... Cette sensation de tumeur est d'autant plus intéressante à étudier, ajoutent-ils, que ce signe est, dans la pelvi-périto-

nite, l'analogue de la matité ou plutôt du défaut d'élasticité à la percussion qu'on trouve dans la pleurésie, et constitue, comme la matité, un des éléments les plus importants du diagnostic... Cette tumeur est juxtaposée à l'utérus et ne fait pas corps avec lui ; elle en est séparée par un sillon, tantôt très-manifeste, tantôt, au contraire, peu distinct... En général, peu volumineuse au début, profondément plongée dans le bassin, elle n'est accessible qu'au toucher vaginal et ne vient point faire de saillie nettement appréciable dans les fosses iliaques, qui sont seulement le lieu d'une sensation de plénitude assez vague. Ce n'est que plus tard que la tumeur, augmentée par suite du travail morbide, et en particulier par suite des recrudescences inflammatoires nombreuses qui ont eu lieu, offre, d'une part, à la surface vaginale, des sortes de nodosités plus ou moins distinctes par leur proéminence et leur plus grande dureté, et forme, d'autre part, dans les régions hypogastriques, des saillies plus ou moins considérables. »

Nous avons à dessein cité textuellement ces passages du livre de MM. Bernutz et Goupil. Si l'on veut comparer la description que ces auteurs donnent de la pelvi-péritonite avec celle que nous donnons du phlegmon péri-utérin, on sera frappé de l'analogie ou plutôt de la ressemblance des deux lésions. Au reste, cette similitude n'a pas échappé à MM. Bernutz et Goupil, et voici en quels termes ils la signalent : « Nous n'avons pas besoin de dire que ces tumeurs se rapprochent par leurs caractères des phlegmons, puisque ce sont les signes qu'elles offrent au toucher qui ont été cause d'une erreur que, sans doute, nous partagerions encore, si des circonstances malheureuses ne nous avaient forcés, à notre grande confusion, de changer d'opinion. »

Ainsi, MM. Bernutz et Goupil tirent parti de cette ressemblance pour rejeter l'existence du phlegmon péri-utérin et pour conclure en faveur de la pelvi-péritonite. Nous serions disposés, quant à nous, à tirer des conclusions bien différentes. Nous admettons l'existence de la pelvi-péritonite; mais nous croyons qu'elle est rarement simple, et que le plus souvent elle s'associe à d'autres inflammations péri-utérines. Or, c'est surtout dans ce dernier cas, suivant nous, qu'on trouve dans le petit bassin, autour de la matrice, ces engorgements, ces tumeurs à consistance phlegmoneuse, que MM. Bernutz et Goupil rattachent exclusivement à la péritonite pelvienne. Si, plus tard, ces engorgements ne se retrouvent pas sur le cadavre, si l'on

n'y rencontre que des brides, des adhérences et d'autres vestiges de la pelvi-péritonite, c'est que l'inflammation phlegmoneuse s'est résolue et que l'inflammation de la membrane séreuse a seule laissé des lésions durables et permanentes. En d'autres termes, il se passe ici le même phénomène que dans la pleuro-pneumonie, où il peut ne pas rester trace de l'inflammation pulmonaire, tandis que l'inflammation pleurale se traduit toujours par des adhérences, des brides, des fausses membranes, des épanchements, etc. Faudra-t-il en inférer que le poumon n'a pas été enflammé, et que la plèvre seule a été atteinte? Nullement. Eh bien, le même raisonnement doit être appliqué au phlegmon péri-utérin et à la pelvi-péritonite; et parce que, dans une autopsie, on ne constate que des lésions péritonéales et point de lésion phlegmoneuse, on n'est pas autorisé à en déduire que celle-ci n'a pas existé, surtout si, pendant la vie, on a constaté au voisinage de l'utérus la présence d'une tumeur avec les caractères décrits plus haut.

Nous avons dit que la pelvi-péritonite aiguë débute quelquefois d'emblée et d'une manière prompte. Ce début s'observe surtout dans les pelvi-péritonites puerpérales, dans les pelvi-péritonites traumatiques et dans celles qui surviennent à la suite d'une brusque suppression des règles. La marche de ces pelvi-péritonites est rapide comme leur début; leur durée varie de deux à trois septénaires; et alors elles se terminent ou par résolution, ou par suppuration; plus rarement elles passent à l'état chronique.

Dans d'autres cas, le début de la pelvi-péritonite s'opère d'une manière plus lente et s'annonce par des signes moins accusés. Alors la maladie affecte aussi une marche moins rapide et une physionomie plus calme. Le nom de pelvi-péritonite *subaiguë* pourrait convenir à cette forme, si l'on compare ses allures à celles de la forme précédente. Quant aux terminaisons, elles peuvent être les mêmes.

La résolution s'annonce par un amendement progressif de tous les symptômes, tant généraux que locaux, aboutissant à un franc retour à la santé.

La tendance à la suppuration se traduit, au contraire, par la persistance des phénomènes morbides, l'augmentation de l'état fébrile, avec des exacerbations vespérales présentant tous les caractères de la fièvre pyohémique : frissons irréguliers, chaleur, transpiration abondante. La formation du pus se décèle bientôt par une tumeur

fluctuante, perceptible par le toucher vaginal et souvent aussi par le toucher hypogastrique.

Une amélioration dans l'ensemble des phénomènes morbides, une diminution de la réaction fébrile et des symptômes locaux, suivies bientôt d'une période stationnaire sans aucun progrès vers une guérison complète, sont l'indice du passage de la pelvi-péritonite aiguë à l'état chronique.

§ II. — De la pelvi-péritonite chronique.

La forme chronique de la pelvi-péritonite se montre tantôt spontanément, tantôt comme un mode de terminaison de la forme aiguë.

La pelvi-péritonite primitive débute rarement, et même exceptionnellement, par l'état chronique; elle n'y arrive généralement qu'après être passée par l'état aigu ou subaigu. Si l'opinion contraire a été soutenue, c'est par suite d'une erreur de diagnostic et pour avoir méconnu la présence d'une autre inflammation péri-utérine préexistante et dont la pelvi-péritonite n'était qu'une complication.

Quant à la pelvi-péritonite consécutive, venant compliquer une métrite, une ovarite ou un phlegmon péri-utérin, elle revêt généralement la forme même que lui communique la maladie primitive : la forme aiguë, si celle-ci est aiguë; la forme chronique, si la maladie primitive est chronique.

Symptomatologie. — Les symptômes et les signes de la pelvi-péritonite chronique simple sont très-obscurs et difficiles à déterminer.

Les malades éprouvent un peu de malaise, un malaise mal défini, des douleurs hypogastriques sourdes, vagues, passagères, parfois accompagnées d'irradiations et de tiraillements dans les régions voisines. Ces douleurs deviennent plus vives sous l'influence de la marche, de la fatigue, des efforts, des rapprochements sexuels et de la période menstruelle.

Le bas-ventre est généralement tendu, un peu douloureux à la pression, tantôt dans toute son étendue, tantôt sur les parties latérales seulement, et plus souvent à gauche qu'à droite, en raison de la fréquence plus grande de la pelvi-péritonite à gauche qu'à droite.

La tension et la sensibilité hypogastriques sont plus marquées au

moment des recrudescences inflammatoires que provoquent les influences traumatiques ou l'hypérémie cataméniale.

Par le toucher vaginal on sent, soit derrière l'utérus, soit sur ses côtés, plus rarement en avant, une ou plusieurs tumeurs formées tantôt par des concrétions liquides, tantôt par les adhérences qui s'établissent entre divers organes de l'excavation pelvienne et surtout entre les anses intestinales et les ligaments larges. Ces tumeurs effacent et refoulent plus ou moins les culs-de-sac vaginaux proportionnellement à leur volume. Elles sont unies intimement à l'utérus. Quand elles sont étendues et qu'elles entourent cet organe, elles l'immobilisent; quand elles sont limitées, situées en avant, en arrière ou sur les côtés, elles produisent, suivant leur siége, soit une rétroversion, soit une antéversion, soit une latéroversion.

Nous répéterons ici, à l'occasion de ces tumeurs, ce que nous avons dit plus haut de celles de la pelvi-péritonite aiguë. Leur description, telle que l'ont présentée MM. Bernutz et Goupil, ressemble sur presque tous les points à celle que nous avons donnée nous-mêmes des phlegmons péri-utérins chroniques; de sorte que, pour éviter d'inutiles répétitions, nous croyons devoir renvoyer simplement le lecteur au chapitre précédent.

Les seuls signes objectifs qui appartiennent en propre à la pelvi-péritonite chronique et qui la distinguent réellement du *phlegmon* péri-utérin et des autres phlegmasies péri-utérines, sont ceux qui se rapportent aux adhérences et aux brides intra-péritonéales.

Les culs-de-sac vaginaux ont perdu leur souplesse et leur élasticité. En essayant de les refouler, le doigt est arrêté par la présence d'un tissu solide, ferme, résistant, donnant la sensation de tractus fibreux.

L'utérus subit des modifications dans sa mobilité et dans sa direction, suivant le siége et l'étendue de ces adhérences et de ces brides.

Si ces lésions sont générales, si elles entourent la matrice, elles la fixent, elles l'immobilisent dans la ligne médiane. Si, au contraire, elles sont partielles, si elles siégent en avant, en arrière ou sur les côtés, elles attirent l'organe vers elles et le fixent, soit en antéversion, soit en rétroversion, soit à droite, soit à gauche. Ces notions sont utiles à connaître lorsqu'il s'agit de pratiquer le cathétérisme pour ramener l'utérus dans sa direction normale. On doit, dans ce cas, exercer des tractions très-douces, lentes et graduelles, afin de ne pas

provoquer des tiraillements douloureux ou des déchirures brusques, qui pourraient donner lieu à une recrudescence inflammatoire.

Diagnostic. — Les signes différentiels qui distinguent la pelvi-péritonite aiguë généralisée des autres phlegmasies péri-utérines, sont une douleur superficielle, très-vive, une sensibilité excessive et diffuse de l'hypogastre, une tension uniforme de la paroi abdominale, des nausées et des vomissements presque constants, une profonde altération des traits, une expression particulière d'angoisse, une respiration courte et anxieuse, une petitesse et une concentration caractéristiques du pouls, enfin une extrême dépression des forces.

Lorsque la pelvi-péritonite est partielle, circonscrite, ses symptômes sont moins marqués, et ils présentent une telle analogie avec ceux des autres inflammations des annexes de l'utérus qu'il est très-difficile de les distinguer.

L'exploration vaginale elle-même ne saurait fournir aucune donnée diagnostique précise, si, comme le prétendent MM. Bernutz et Goupil, la pelvi-péritonite détermine, autour de l'utérus, des épanchements séreux et plastiques formant des tumeurs dont les caractères rappellent entièrement ceux du phlegmon péri-utérin. Au reste, cette distinction, comme nous l'avons dit ailleurs, n'est pas d'une grande importance pratique, puisque les deux phlegmasies affectent à peu près la même marche et réclament les mêmes moyens thérapeutiques.

Quant au diagnostic différentiel de la pelvi-péritonite chronique, il est plus obscur encore et plus difficile que celui de la pelvi-péritonite aiguë. Nous ne voyons guère, ni dans les symptômes généraux, ni dans les symptômes locaux, des signes vraiment pathognomoniques à l'aide desquels on puisse la distinguer des autres phlegmasies péri-utérines chroniques, et notamment du phlegmon péri-utérin. Ici encore les tumeurs décrites par MM. Bernutz et Goupil ressemblent tellement aux tumeurs produites par le phlegmon péri-utérin que nous avons cherché vainement entre elles un caractère distinctif.

Le seul cas dans lequel le diagnostic soit possible, c'est lorsque la péritonite pelvienne, au lieu d'une tumeur, ne laisse que des adhérences et des brides dont les reliefs sont très-appréciables par le toucher vaginal, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Les longs développements que nous avons consacrés au diagnostic du phlegmon péri-utérin nous dispensent de nous étendre davantage sur le diagnostic de la pelvi-péritonite.

Pronostic. — De même que le phlegmon péri-utérin, la pelvi-péritonite puerpérale présente plus de gravité que la pelvi-péritonite survenue en dehors des couches. Cette gravité résulte principalement de la disposition plus grande à se terminer par suppuration, que la pelvi-péritonite tient de l'état puerpéral. Cette fâcheuse terminaison est d'autant plus à redouter que le début de la péritonite pelvienne se rapproche davantage du moment de l'accouchement.

La pelvi-péritonite traumatique, résultant des manœuvres violentes d'un avortement criminel, d'opérations chirurgicales pratiquées sur les ovaires ou sur l'utérus, de cautérisations énergiques et intempestives portées sur le col utérin ou dans la cavité utérine, de l'introduction dans cette cavité de corps étrangers, tels que les redresseurs, peut aussi présenter une très-grande gravité et se terminer promptement par la mort. Il importe donc de tenir compte de ces causes dans le pronostic.

On doit encore prendre en considération les lésions d'où procède souvent la pelvi-péritonite. Ainsi, une pelvi-péritonite due à la propagation d'une vaginite ou d'une métrite est moins grave que la pelvi-péritonite qui succède soit au cancer de l'utérus, soit à une ovarite ou à une tubite purulentes, soit à la perforation de l'intestin ou de la vessie.

La forme de la pelvi-péritonite n'est pas non plus sans *influence* sur le pronostic : c'est ainsi que la pelvi-péritonite adhésive présente beaucoup moins de gravité que la pelvi-péritonite suppurée. La guérison est la terminaison la plus ordinaire de la première, tandis que la seconde se termine souvent par la mort.

Abstraction faite des causes, le pronostic est basé sur les caractères mêmes de la pelvi-péritonite, sur le degré de ses symptômes locaux et de ses phénomènes réactionnels. Plus la douleur est intense, plus elle est étendue, plus le ventre est développé, sensible à la pression, plus les nausées, les vomissements et le hoquet sont fréquents et opiniâtres, plus le pouls est rapide, petit et concentré, plus les traits sont abattus et altérés, plus les forces sont déprimées et plus le pronostic est grave.

La pelvi-péritonite partielle, circonscrite, qui ne donne jamais lieu à un semblable appareil symptomatique, n'offre par elle-même aucune gravité. Elle se termine le plus habituellement par la résolution, à moins que quelque cause accidentelle ne vienne augmenter la lésion et aggraver les symptômes.

Même lorsque la pelvi-péritonite se termine par résolution, elle laisse après elle des lésions persistantes qui peuvent apporter de la gêne ou des troubles dans les fonctions des organes sous-péritonéaux, et plus spécialement dans les fonctions de l'utérus, des ovaires et des trompes. Ainsi, des brides et des adhérences peuvent oblitérer les trompes ou modifier leur direction au point de rendre la fécondation impossible; elles peuvent aussi dévier l'utérus et le fixer au point de s'opposer à son développement pendant la grossesse et de déterminer ainsi une fausse couche dès les premiers temps de la gestation. Enfin, elles produisent souvent une constipation opiniâtre, soit en gênant les mouvements péristaltiques des intestins, soit en rétrécissant leur calibre et en arrêtant la progression des matières stercorales.

La pelvi-péritonite laisse aussi après elle une grande sensibilité de la région pelvienne, se traduisant par des malaises ou même des douleurs qui se manifestent plus particulièrement à l'époque des règles, ou sous l'influence des efforts, des mouvements, de la marche, de la fatigue, des rapprochements sexuels, etc.

Ces dernières considérations s'appliquent de tous points au pronostic de la pelvi-péritonite chronique.

Thérapeutique. — La pelvi-péritonite donne lieu aux mêmes indications thérapeutiques que l'inflammation péri-utérine et le phlegmon péri-utérin. Les développements que nous avons consacrés à ce sujet dans les deux précédents chapitres nous dispensent d'exposer avec de longs détails le traitement de la pelvi-péritonite. Nous nous bornerons à en indiquer sommairement les traits principaux.

Dans la pelvi-péritonite aiguë, on doit recourir d'abord aux émissions sanguines, en les proportionnant à la force des malades, à l'étendue de l'inflammation et à l'intensité de la réaction fébrile.

La saignée veineuse ne convient que dans des cas exceptionnels, chez des malades douées d'une forte constitution, et lorsque la péritonite pelvienne menace de se généraliser.

Le plus souvent les émissions sanguines locales suffisent et méritent la préférence. Les sangsues sont appliquées sur l'hypogastre, au niveau de la région douloureuse, en nombre variable (de dix à vingt-cinq); et l'on répète ces applications deux ou trois fois dans l'espace de quelques jours, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un amendement des phénomènes généraux et locaux.

En même temps que les émissions sanguines locales, on emploie les topiques émollients et narcotiques, les cataplasmes ordinaires, ou mieux encore les cataplasmes plus légers d'Hamilton; les fomentations, les embrocations huileuses, les onctions calmantes avec des pommades opiacées ou laudanisées, etc.

A la suite des applications de sangsues, si les symptômes inflammatoires persistent au même degré ou ne subissent qu'une très-faible diminution; si, d'autre part, l'état des malades ne leur permet pas de supporter une nouvelle déperdition sanguine, il est nécessaire de faire usage des onctions mercurielles belladonées, à la dose de 125 à 150 grammes de pommade dans les vingt-quatre heures.

L'application locale de la glace, enfermée dans une vessie de caoutchouc, a été préconisée contre la péritonite aiguë par M. Béhier. D'après l'expérience que nous en avons faite, cette médication, utile, efficace même, dans la péritonite aiguë simple, ne nous paraît pas aussi avantageuse dans la pelvi-péritonite symptomatique d'un phlegmon péri-utérin. La réaction que la réfrigération superficielle détermine dans les tissus profonds, qui sont le siége de l'inflammation, augmente les douleurs au point que les malades ne peuvent pas tolérer l'application de la glace.

Lorsqu'on est parvenu, au moyen des antiphlogistiques, à modérer les accidents aigus de l'état inflammatoire, si la douleur ne cesse pas, on administre l'opium aux doses fractionnées de 1 centigramme par heure, ou de 2 centigrammes toutes les deux heures, jusqu'à ce que l'effet sédatif soit produit, et en tenant compte de la tolérance des malades pour les narcotiques. Si l'opium est mal supporté par l'estomac, on le prescrit sous la forme de trochisques ou de suppositoires, contenant de 5 à 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

Le calomel se donne comme altérant ou antiphlogistique à la dose de 10 centigrammes divisés en dix paquets, un paquet toutes les heures. Cette médication, conseillée par Trousseau, produit quelquefois de bons résultats.

Les purgatifs ne doivent pas être employés dès le début de la pelvi-péritonite aiguë; il ne faut y recourir qu'au bout de quelques jours, lorsque les douleurs sont calmées et que les vomissements ont cessé. On doit choisir de préférence les purgatifs doux, tels que le calomel (à la dose de 40 à 60 centigrammes) seul ou associé à la résine de jalap (20 centigrammes), l'huile de ricin (de 15 à 30 grammes), le

sulfate de soude, le sulfate de magnésie, les eaux de Püllna, de Birmenstorff, etc. (à la dose d'un verre), la limonade de Rogé, etc. Des purgatifs plus énergiques auraient l'inconvénient d'aggraver le mal en irritant la membrane muqueuse et en provoquant des contractions intestinales trop énergiques.

Les bains entiers, soit simples, soit émollients, à l'eau de son ou à l'eau d'amidon, tièdes et de courte durée, sont souvent des auxiliaires utiles dans le traitement de la pelvi-péritonite aiguë; mais on ne doit y recourir que lorsque des mouvements peuvent être imprimés aux malades sans augmenter leurs douleurs; et on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter des secousses qui pourraient retentir d'une manière nuisible dans les organes enflammés.

Si les bains sont bien supportés et suivis de soulagement, il faut les répéter et en prolonger la durée.

Les vésicatoires ont été préconisés à juste titre contre la pelvi-péritonite, ainsi que contre toutes les autres inflammations des membranes séreuses. On ne doit pas les employer au début de la maladie, alors que le processus inflammatoire a atteint son plus haut degré d'intensité; ils pourraient alors imprimer au travail phlegmasique une plus grande activité, provoquer des douleurs plus vives et exagérer la réaction. Nous avons longuement insisté sur ce sujet à l'occasion du traitement du phlegmon péri-utérin. Nous avons aussi exposé avec détail les indications et les contre-indications de la médication révulsive, les précautions que réclame l'application des vésicatoires, le lieu sur lequel il convient de les appliquer, les dimensions qu'il faut leur donner et les soins qu'exige leur pansement. Les règles que nous avons formulées à cet égard (p. 726) sont exactement applicables au sujet qui nous occupe en ce moment.

Le repos absolu, la diète, l'usage des boissons délayantes et fraîches, complètent la série des moyens thérapeutiques que réclame la pelvi-péritonite aiguë.

Le traitement de la pelvi-péritonite chronique franche se confond tellement avec celui de l'inflammation péri-utérine et du phlegmon péri-utérin, que nous croyons superflu de l'exposer ici d'une manière spéciale. Nous ne pourrions, en effet, que répéter ce que nous avons dit dans les deux chapitres précédents.

Quant au traitement de la pelvi-péritonite tuberculeuse, des collec-

tions séreuses, sanguines ou purulentes qui peuvent être la suite de la pelvi-péritonite, il trouvera sa place dans les chapitres consacrés à la description des tubercules des organes génitaux, des kystes et des abcès pelviens.

CHAPITRE VI.

DE L'OVARITE.

DÉFINITION. — L'*ovarite*, qu'on nomme encore *oophorite*, est l'inflammation de l'ovaire. Tantôt le travail inflammatoire est limité à l'un des deux organes, tantôt il les occupe l'un et l'autre à la fois.

L'ovarite est rarement simple. Presque toujours l'inflammation, au lieu de se borner exclusivement à l'ovaire, s'accompagne ou se complique soit de l'inflammation de l'utérus (métrite), soit de l'inflammation du tissu cellulaire ambiant (phlegmon péri-utérin), ou enfin de l'inflammation du péritoine pelvien (pelvi-péritonite).

Dans ces cas si fréquents d'ovarite compliquée, il est, en général, difficile de décider quel est l'organe ou le tissu qui a été atteint le premier par l'inflammation. Néanmoins, quand la métrite coexiste avec l'ovarite, nous croyons que le plus souvent c'est par l'utérus que l'inflammation commence, pour se propager ensuite au parenchyme ovarien par l'intermédiaire des trompes de Fallope. Mais lorsque, la muqueuse utérine restant saine, les organes péri-utérins sont seuls enflammés, on ne peut, à moins d'assister au début du travail inflammatoire, assigner à l'inflammation une origine précise. Tantôt, en effet, le processus a son point de départ dans les ovaires, tantôt dans le tissu cellulaire péri-utérin, tantôt dans les trompes, tantôt dans le péritoine; mais quel que soit celui de ces organes par lequel il débute, il ne tarde pas à gagner les tissus voisins et à occuper la plus grande partie de la région péri-utérine. D'autres fois, au lieu de s'étendre ainsi de proche en proche, l'inflammation envahit d'emblée et simultanément les ovaires, les trompes, le tissu cellulaire ambiant et le péritoine pelvien.

De là résulte que les symptômes de l'ovarite se distinguent dif-

ficilement de ceux des autres inflammations péri-utérines; et même, dans certains cas, ils se confondent tellement, qu'il est impossible d'établir cliniquement un diagnostic différentiel.

Anatomie pathologique. — L'ovaire enflammé est tuméfié et notablement augmenté de volume. Son parenchyme est rouge, turgide, fortement hypérémié. Les vaisseaux qui le parcourent sont distendus, gorgés de sang; on trouve çà et là des suffusions sanguines, des taches ecchymotiques, des infiltrations, des extravasations hématiques et même de petits caillots apoplectiques superficiels. Le tissu cellulaire environnant participe à cet état hypérémique et présente les caractères anatomo-pathologiques que nous avons indiqués en décrivant le phlegmon péri-utérin aigu.

A une période plus avancée de la lésion, des produits plastiques s'épanchent dans la trame de l'ovaire et y forment des noyaux d'induration fibrineuse, d'une couleur blanc-jaunâtre et d'une consistance lardacée.

Dans certains cas, on trouve l'ovaire au centre d'un foyer de suppuration : des clapiers purulents, variables en nombre et en volume, occupent différents points de l'organe, dont le parenchyme est ainsi détruit en partie; quelquefois même la fonte de l'ovaire est complète, ou c'est à peine si l'on peut en reconnaître les vestiges dans une espèce de détritus cellulo-fibreux nageant au milieu du pus. Lorsque la suppuration s'est propagée au tissu cellulaire des ligaments larges, on observe en outre tous les désordres propres aux abcès péri-utérins : péritonite partielle ou générale, décollements des tissus, infiltrations purulentes dans la région pelvienne, ouverture du foyer dans le péritoine, dans l'intestin, dans la vessie, dans le vagin, etc.

Étiologie. — L'ovarite est très-rare avant la puberté. La plupart des faits d'inflammation ovarienne observés sur des jeunes filles au-dessous de douze à quatorze ans sont d'origine traumatique et reconnaissent pour cause des violences extérieures.

L'inflammation de l'ovaire est rare également après la ménopause; et, quand on la rencontre après cette période, on peut s'assurer, en interrogeant soigneusement les malades, que l'ovarite a presque toujours pris naissance avant l'époque critique.

C'est donc dans la période dite génitale, depuis la puberté jus-

qu'à la ménopause, que l'ovarite se développe avec le plus de fréquence. Et, dans le cours de cette période, c'est de dix-huit à trente-cinq ans, c'est-à-dire à l'âge où l'activité fonctionnelle de l'ovaire atteint son plus haut degré, que les femmes sont le plus exposées à contracter cette maladie.

Toutes les circonstances capables de produire des troubles dans la menstruation peuvent devenir autant de causes d'ovarite. Ainsi agissent quelquefois, au moment des règles, l'impression du froid, les injections vaginales, les lotions vulvaires, les bains, les émotions vives, la fatigue, etc., soit en supprimant, soit en diminuant brusquement le flux menstruel. Entre autres exemples, nous pourrions citer ceux de deux jeunes filles qui furent atteintes d'ovarite après une rétrocession des règles, survenue, chez l'une, pour avoir posé ses pieds nus sur le marbre; chez l'autre, à la suite d'une nouvelle douloureuse et inattendue.

D'autres agents peuvent donner naissance à l'ovarite, en exagérant la fluxion menstruelle et la congestion ovarienne ; tels sont les excès de coït, les bains chauds et les emménagogues.

La puerpéralité, et tout ce qui s'y rattache, est la cause la plus ordinaire de l'ovarite. Ainsi, cette inflammation se montre le plus souvent à la suite des avortements provoqués, des accouchements laborieux, des manœuvres obstétricales, de la suppression des lochies et de la sécrétion lactée, et, en général, sous l'influence de toutes les conditions qui peuvent troubler la marche naturelle des phénomènes puerpéraux.

Parmi les causes de l'ovarite, nous devons mentionner encore les opérations pratiquées sur l'utérus, le séjour prolongé de corps étrangers dans le vagin, les coups sur l'hypogastre, les chutes sur le bassin.

L'ovarite peut se développer enfin par l'extension d'une inflammation de voisinage préexistante. C'est ainsi que l'inflammation se propage quelquefois à l'ovaire, soit de l'utérus, soit des trompes, soit du péritoine, soit du tissu cellulaire péri-utérin.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de l'extension de la vaginite à l'ovaire. M. Ricord, le premier, a comparé cette variété de l'ovarite à l'orchite blennorrhagique. M. Bernutz a adopté cette comparaison et en a, selon nous, exagéré la portée en admettant que l'ovarite blennorrhagique chez la femme est aussi fréquente que l'orchite blennorrhagique chez l'homme. Des faits incontestables

d'ovarite ont été observés par M. Bourraud, par M. Tilt, par M. de Méric, par Courty et par nous-mêmes; mais pourtant, notre expérience personnelle, d'accord avec celle de M. Alphonse Guérin, nous porte à considérer l'ovarite comme une des plus rares complications de la blennorrhagie vaginale.

Symptomatologie. — L'ovarite se présente tantôt sous la forme aiguë, tantôt sous la forme chronique. Nous décrirons successivement ces deux formes d'ovarite.

§ I. — De l'ovarite aiguë.

Le début de l'ovarite aiguë s'annonce par des frissons, un malaise général, de l'anorexie, des nausées, et par l'apparition de tous les phénomènes fébriles qui signalent l'invasion d'une maladie inflammatoire.

Presque en même temps que les phénomènes généraux, on voit se manifester les symptômes locaux. Les malades éprouvent dans la cavité pelvienne, au niveau d'un ovaire ou des deux ovaires — suivant que l'inflammation occupe un seul de ces organes ou les deux à la fois — une douleur, tantôt sourde et profonde, tantôt lancinante, vive et comparable au point de côté de la pleurésie. Cette douleur reste rarement limitée à l'ovaire; le plus souvent elle s'irradie dans les lombes, dans les reins, dans les aines et dans les membres inférieurs. Elle s'apaise par le repos absolu et elle s'exaspère au moindre mouvement.

La région de l'hypogastre correspondant à l'ovaire malade est tendue, sensible à la pression, quelquefois même tuméfiée et plus chaude qu'à l'état normal. Généralement la miction est douloureuse et s'accompagne de ténesme. La constipation est habituelle et la défécation très-pénible.

Si l'on explore par le toucher le cul-de-sac vaginal, on constate sur les parties latérales de l'utérus, dans le ligament large du côté de l'ovaire enflammé, une sensibilité vive, une élévation de chaleur, un certain degré de tuméfaction et d'engorgement, quelquefois même la présence d'une petite tumeur, très-sensible à la pression, assez consistante, à surface lisse, unie, convexe, présentant parfois à sa base des battements artériels.

Par le toucher rectal on peut arriver aisément encore sur les côtés de l'utérus à sentir plus distinctement les ovaires tuméfiés et douloureux.

Dans l'ovarite aiguë simple, la peau est chaude, le pouls est fréquent, plein et développé.

L'ovarite aiguë simple suit ordinairement une marche régulière et tend vers la résolution après une durée qui varie entre deux et quatre septénaires. Cependant elle subit une véritable exacerbation à l'époque menstruelle, lorsque cette époque survient pendant le cours de la maladie. Sous l'influence de la fluxion cataméniale, la douleur devient plus vive, la tuméfaction de l'hypogastre augmente, le pouls offre plus de fréquence; les nausées et les vomissements reparaissent comme au début. Les règles alors peuvent manquer, par l'excès même du molimen menstruel; d'autres fois, au contraire, elles se manifestent avec une abondance inaccoutumée, sous *forme* de ménorrhagie.

Dans ces circonstances, l'ovarite aiguë peut être déviée de sa marche régulière, se compliquer soit de péritonite, soit de phlegmon péri-utérin, ou encore aboutir à la suppuration et se terminer par un abcès intra-pelvien.

L'ovarite aiguë se termine quelquefois aussi par le passage à l'état chronique.

§ II. — De l'ovarite chronique.

L'ovarite chronique peut donc succéder à l'ovarite aiguë; elle peut aussi survenir d'emblée comme les autres inflammations péri-utérines.

Elle est caractérisée par des signes locaux analogues à ceux de l'état aigu, mais moins prononcés: une gêne douloureuse plutôt qu'une véritable douleur dans la région des ovaires, un sentiment de pesanteur dans la profondeur du bassin; quelquefois des élancements ou une sensation de chaleur ardente que certaines malades comparent à une brûlure.

La douleur ovarienne s'irradie dans les lombes et surtout dans le membre correspondant à l'ovaire enflammé; elle s'y traduit par de l'engourdissement, de la lourdeur et quelquefois par le refroidissement de la jambe; elle augmente avec les mouvements, les efforts,

la marche, la station verticale prolongée, et les rapports sexuels. Elle devient parfois très-vive à l'approche et pendant les premiers jours des règles.

A cette dysménorrhée s'ajoutent habituellement d'autres troubles menstruels. Les règles se montrent d'une manière irrégulière ; tantôt elles retardent ou même restent supprimées pendant deux ou trois mois; tantôt elles avancent ou même reparaissent, sous forme de pertes, dans l'intervalle des époques.

Ainsi que les autres phlegmasies péri-utérines, l'ovarite chronique est sujette à des recrudescences caractérisées par l'exacerbation des symptômes locaux et l'apparition de phénomènes généraux. Ces recrudescences se manifestent sous l'influence d'une cause irritante, à l'occasion d'une chute, d'un coup, d'une fatigue, d'un excès de coït, mais surtout de la fluxion menstruelle. Le plus souvent elles sont passagères et cèdent aisément à des soins appropriés; mais parfois aussi elles acquièrent une grande intensité et prennent tous les caractères de l'état aigu.

Dans l'ovarite chronique, comme dans l'ovarite aiguë, on observe certains symptômes de voisinage, tels que la leucorrhée, des envies fréquentes d'uriner, du ténesme vésical, de la constipation, des tumeurs hémorrhoïdales, etc.

L'ovarite chronique détermine encore divers troubles dans les fonctions de la digestion et de la nutrition. La plupart des malades atteintes de cette maladie éprouvent des phénomènes dyspeptiques, des douleurs gastralgiques, des palpitations de cœur; elles s'amaigrissent, deviennent pâles, tristes, languissantes, et présentent à un haut degré tous les signes de l'anémie. Chez d'autres, on observe une perturbation profonde du système nerveux, des douleurs névralgiques dans différentes parties du corps, une toux spasmodique, des phénomènes d'hyperesthésie ou d'anesthésie, une impressionnabilité excessive, une étrange mobilité d'esprit et de caractère, des goûts capricieux et bizarres et l'ensemble des symptômes d'un état névropathique grave.

En déprimant assez fortement la paroi hypogastrique dans la région de l'ovaire malade, on trouve quelquefois, sur l'un des côtés de l'utérus, une tumeur d'un volume variable, grosse comme un œuf de pigeon ou comme un œuf de poule, légèrement mobile d'avant en arrière, présentant une forme ovale comme celle de l'ovaire, mais presque toujours mal circonscrite à cause de l'engorgement du tissu

cellulaire ambiant qui accompagne généralement la phlegmasie de l'ovaire.

Quand cette tumeur est assez volumineuse, on peut aussi la sentir par le toucher vaginal, au niveau de l'un des culs-de-sac, à droite ou à gauche de l'utérus, auquel elle semble quelquefois adhérer.

Ici, comme dans l'ovarite aiguë, c'est surtout à l'aide du toucher rectal qu'on parvient à mieux atteindre la tumeur formée par l'ovaire enflammé, à en constater le siége précis, à en déterminer la forme et le volume. « Cette tumeur, dit Aran, est ovoïde, quelquefois très-allongée, un peu aplatie d'avant en arrière, adhérente à la partie latérale ou postérieure de l'utérus, ou séparée de cet organe par un sillon plus ou moins profond, tantôt complétement immobile, tantôt conservant un peu de mobilité. Sa consistance est moyenne, peu élastique, sans induration toutefois ; sa surface est bosselée, mamelonnée, lobulée, inégale; sa sensibilité est exagérée et se réveille par la pression, de manière à provoquer souvent une douleur très-vive. »

L'ovarite chronique, lorsqu'elle n'est point troublée par une recrudescence, marche avec une extrême lenteur. Elle peut se terminer par résolution, au bout d'un temps généralement très-long; — par suppuration, en revêtant la forme suraiguë à la suite d'une recrudescence inflammatoire; — enfin par l'induration et l'atrophie de l'ovaire, sa dégénérescence en un tissu fibreux ou cellulo-fibreux, dans lequel il est impossible de retrouver la forme et la structure primitives de l'organe.

La résolution s'annonce par la diminution progressive et par la disparition complète des signes caractéristiques de la phlegmasie ovarienne. L'atrophie ne se révèle par aucun signe pendant la vie. C'est un mode de terminaison qui ne peut se constater qu'après la mort.

Lorsque l'inflammation de l'ovaire se communique au péritoine, il en résulte une péritonite partielle ou une péritonite générale ; et dans ce dernier cas, on voit se manifester tous les acoidents de la péritonite suraiguë : météorisme et sensibilité exagérée des parois abdominales; douleurs intenses; frissons, nausées, vomissements, hoquets ; extrême fréquence et petitesse de pouls; émaciation rapide du visage, altération profonde des traits, facies hippocratique, etc.; cette terminaison est habituellement funeste.

La suppuration s'annonce par la lenteur du travail de résolution,

la persistance de l'état fébrile et des troubles digestifs; par des douleurs tensives et lancinantes, des frissons irréguliers, la teinte subictérique de la peau, une altération particulière des traits, la mollesse et la dépressibilité du pouls, des redoublements fébriles revenant sous forme d'accès intermittents, mais irréguliers. La tumeur ovarique augmente de volume. Par le palper hypogastrique et le toucher vaginal, on sent d'abord une sorte d'empâtement dans les tissus malades; bientôt on constate la fluctuation, qui ne peut plus laisser aucun doute sur la formation du pus.

En traitant des abcès péri-utérins, nous dirons de quelle manière le foyer purulent peut s'ouvrir spontanément au dehors, rarement par la paroi abdominale, quelquefois par la vessie, et le plus fréquemment par le vagin ou le rectum.

Diagnostic. — L'ovarite aiguë se confond, par ses symptômes locaux et généraux, avec les inflammations péri-utérines, et le plus souvent il est impossible de l'en distinguer.

Les éléments d'un diagnostic précis font défaut entre l'ovarite et la péritonite aiguë; cependant on peut quelquefois, à l'aide de certains signes, parvenir à les différencier. Ainsi, la douleur est moins superficielle, les vomissements sont moins fréquents et moins opiniâtres, le pouls est plus petit et moins concentré dans l'ovarite que dans la péritonite.

Dans l'une et l'autre maladies, on peut rencontrer sur les parties latérales de l'utérus une tumeur présentant des caractères à peu près semblables. Seulement, cette tumeur existe plus souvent dans l'ovarite que dans la péritonite; dans la première de ces lésions elle est généralement moins diffuse, mieux circonscrite; elle présente une forme plus régulière, plus arrondie, une surface plus égale et plus lisse.

La situation de la tumeur sur les parties latérales de l'utérus, sa forme ovoïde, son volume ordinairement peu considérable, sa consistance solide, distinguent l'ovarite aiguë de l'hématocèle péri-utérine. Celle-ci, en effet, située le plus souvent derrière l'utérus, forme dans le vagin une saillie prononcée et une tumeur molle et fluctuante. En outre, le début de l'hématocèle s'accompagne fréquemment d'une métrorrhagie abondante, qui s'observe rarement au début de l'ovarite.

Quant au diagnostic de l'ovarite chronique et de l'ovarite sup-

purée, il ne diffère en rien de celui du phlegmon péri-utérin chronique et de celui des abcès péri-utérins, longuement exposés dans les chapitres concernant ces affections.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'ovarite ne diffère pas essentiellement de celui des autres inflammations péri-utérines. Il est subordonné à l'intensité des phénomènes inflammatoires; il varie suivant que l'ovarite est simple ou compliquée, suivant les conditions dans lesquelles la maladie s'est développée, et suivant ses divers modes de terminaison.

Lorsque l'invasion est brusque et suivie d'une violente réaction fébrile, la terminaison par suppuration est à craindre, et le pronostic offre une gravité réelle. Lorsque la maladie débute, au contraire, par des symptômes inflammatoires modérés, on a tout lieu d'espérer une terminaison par résolution et de porter un pronostic favorable.

L'ovarite simple présente moins de chances pour une terminaison fâcheuse que l'ovarite compliquée. De toutes les complications, la plus redoutable est, sans contredit, la péritonite.

De même que les autres phlegmasies péri-utérines, l'ovarite emprunte à l'état puerpéral une gravité exceptionnelle.

Quand l'ovarite n'occupe qu'un seul ovaire, elle n'est pas un obstacle à la fécondation. L'intégrité d'un ovaire suffit à la fonction. Mais si l'inflammation occupe les deux ovaires, elle entrave les fonctions de la reproduction, et elle peut laisser dans ces organes des lésions qui entraînent la stérilité.

L'ovarite chronique est le plus souvent susceptible de guérison; mais elle peut quelquefois, par sa longue durée, par les souffrances qu'elle entretient et par les désordres qu'elle produit dans les fonctions nutritives, amener le dépérissement des malades, la cachexie et la mort.

THÉRAPEUTIQUE. — Il convient de recourir, dès le début de l'ovarite aiguë, à l'emploi des émissions sanguines, que l'on doit toujours proportionner à l'intensité de l'inflammation et à la constitution du sujet.

Si l'ovarite est intense, si elle présente tous les signes d'une inflammation suraiguë, ou si encore elle se complique de péritonite, il faut prescrire une application de sangsues au niveau de l'organe

lésé et favoriser l'écoulement sanguin pendant une ou plusieurs heures, autant que le comportent les forces des malades. Quelquefois une seule émission sanguine locale suffit pour produire un amendement notable dans les phénomènes inflammatoires; mais assez souvent aussi, elle ne détermine qu'une rémission trompeuse et de courte durée. Dans ce dernier cas, les applications de sangsues doivent être réitérées une, deux ou trois fois, à un ou plusieurs jours d'intervalle, jusqu'à ce que les accidents suraigus soient définitivement conjurés.

Les sangsues nous paraissent préférables aux ventouses scarifiées, d'une part, parce que la sensibilité des parties malades rend l'application des ventouses très-douloureuse; et, d'autre part, parce que les ventouses ne permettent pas d'entretenir l'écoulement du sang aussi longtemps que les sangsues.

Dans l'ovarite aiguë simple, les émissions sanguines locales sont indiquées aussi bien que dans l'ovarite suraiguë et dans l'ovaro-péritonite; mais, en raison même de l'intensité moindre de l'inflammation, elles doivent être moins abondantes et moins souvent répétées. Aran, M. Scanzoni et M. Courty conseillent, lorsque la douleur est modérée, d'appliquer les sangsues, non plus sur l'hypogastre, mais sur le col de l'utérus. Suivant ces auteurs, cette pratique aurait le double avantage de dégager plus promptement et plus efficacement l'ovaire malade, et d'agir en même temps sur l'hypérémie ou sur l'inflammation de la matrice, qui accompagne si fréquemment l'ovarite. On connaît déjà notre opinion concernant les applications de sangsues sur le col utérin. Nous n'y avons jamais recours quand il existe un état inflammatoire aigu dans les organes péri-utérins, car elles peuvent, dans ce cas, déterminer une grave recrudescence, ou des crises douloureuses très-violentes; nous préférons les applications de sangsues sur l'hypogastre, qui n'exposent pas aux mêmes dangers, et nous n'employons les applications de sangsues sur le col de l'utérus que dans quelques cas rares d'ovarite chronique.

Dans l'ovarite aiguë et suraiguë, on doit associer aux émissions sanguines locales les onctions sur le bas-ventre avec la pommade mercurielle belladonée ou simplement avec le cérat opiacé ou laudanisé, les applications de cataplasmes émollients, arrosés de laudanum, ou les fomentations mucilagineuses et narcotiques faites avec de l'eau de graines de lin, de guimauve, de sureau, de bouillon blanc, de têtes de pavot.

Il importe de combattre la constipation et d'exercer sur le tube intestinal une action légèrement dérivative au moyen de lavements émollients, de lavements huileux ou de purgatifs doux, tels que de faibles quantités d'huile de ricin, d'eau de Püllna ou de Birmenstorff.

Le calomel, administré à dose réfractée, trouve ici son indication comme dans la péritonite et comme dans les autres phlegmasies péri-utérines.

On doit aussi s'attacher à diminuer la douleur, ainsi que l'agitation et l'insomnie qui l'accompagnent, au moyen de l'extrait gommeux thébaïque administré par petites doses de 0,01 à 0,02 centigrammes, toutes les heures ou toutes les deux heures. Si les douleurs présentent une acuité extrême, il est utile de recourir aux injections hypodermiques de chlorhydrate ou de sulfate de morphine.

La malade doit garder le repos absolu, soit dans le décubitus dorsal, soit dans une position légèrement inclinée sur le côté, le bassin un peu élevé de manière à refouler les intestins, et les cuisses un peu fléchies afin de mettre les muscles abdominaux dans le relâchement.

La diète et l'usage de boissons délayantes compléteront le traitement pendant les premiers jours.

Un peu plus tard, lorsque les douleurs se sont apaisées et lorsque la malade peut sans danger exécuter quelques mouvements, on prescrit avec avantage les irrigations vaginales émollientes et narcotiques, les bains entiers tièdes, que l'on renouvelle tous les deux ou trois jours.

Le traitement de l'ovarite chronique est assez complexe, car il doit satisfaire non-seulement aux indications fournies par la phlegmasie ovarique elle-même, mais encore à celles qui résultent des recrudescences inflammatoires intercurrentes et des dispositions diathésiques des malades.

L'état phlegmasique commande, avant tout, une médication résolutive.

Ici, comme dans toutes les autres espèces de phlegmasies péri-utérines, l'emploi souvent renouvelé de vésicatoires volants occupe le premier rang parmi les agents résolutifs. Nous recommandons d'appliquer cet utile moyen avec toutes les précautions qui

ont été prescrites à l'occasion du traitement du phlegmon périutérin chronique.

Après les vésicatoires, viennent les badigeonnages de teinture d'iode sur l'hypogastre, les frictions avec l'onguent napolitain et surtout avec les pommades à l'iodure de plomb ou à l'iodure de potassium.

Lorsque l'ovarite chronique résiste à ces moyens, et principalement lorsque l'ovaire forme une tumeur dure, volumineuse, hypertrophique, on est quelquefois obligé de recourir à des applications de petits cautères superficiels et volants, au niveau de l'organe lésé. Ces cautères, employés avec soin et avec mesure, n'entraînent jamais aucune suite fâcheuse, aucune complication ni aucune cicatrice difforme. Néanmoins, nous sommes d'avis qu'il ne faut y avoir recours que dans des cas exceptionnels.

Quant au séton, qui a été [conseillé par quelques auteurs, nous le croyons plus nuisible qu'utile.

Les bains entiers et les bains de siége, tièdes ou frais, les irrigations vaginales, les lavements froids, sont d'utiles auxiliaires dans le traitement de l'ovarite chronique.

A l'intérieur, on prescrit la tisane de saponaire, les préparations de ciguë, l'iodure de potassium et l'oxyde d'or.

Les recrudescences inflammatoires et en particulier celles qui surviennent aux époques menstruelles doivent être combattues le plus souvent par des émissions sanguines locales, sangsues ou ventouses scarifiées autour du bassin. Chez les malades délicates, faibles, anémiques, on doit se borner à l'application de deux à quatre sangsues ou d'un nombre égal de ventouses scarifiées. Dans quelques cas même, la débilité des sujets interdit toute émission sanguine, et alors il faut y suppléer par des manuluves sinapisés, par des ventouses sèches ou par des sinapismes appliqués sur les membres supérieurs ou sur la région dorsale.

Les vésicatoires sont nuisibles pendant l'exacerbation; mais ils présentent une incontestable efficacité au déclin de la recrudescence.

Lorsque l'ovarite a revêtu une forme franchement chronique et que tout danger d'exacerbation aiguë paraît conjuré, l'hydrothérapie doit être prescrite à la fois comme un puissant moyen de dérivation et comme un agent de reconstitution.

L'ovarite chronique est souvent liée à une diathèse et entretenue

par elle. Il importe donc de découvrir la nature de cette diathèse, afin d'en déduire des indications thérapeutiques quelquefois décisives. C'est notamment sur la considération de l'état général que doit être basé le choix des médications hydrothermales, lorsqu'on juge à propos d'y avoir recours. Suivant que les engorgements chroniques de l'ovaire se rattachent aux diathèses rhumatismale, scrofuleuse, herpétique ou tuberculeuse, ils doivent être traités par les eaux alcalines, les eaux chlorurées ou bromo-iodurées, les eaux sulfureuses ou les eaux arsenicales.

CHAPITRE VII.

TUBITE OU SALPINGITE.

L'inflammation des trompes de Fallope est habituellement désignée par le nom de *tubite* (du latin *tuba*). M. Courty, adoptant l'étymologie grecque (σαλπίνξ), l'a décrite sous la dénomination de *salpingite*.

Cette maladie n'a pas encore été observée à l'état simple. Tous les auteurs s'accordent, en effet, à reconnaître que les trompes s'enflamment très-rarement, peut-être même jamais, d'une manière isolée. Leur inflammation s'accompagne toujours de l'inflammation d'un organe ou d'un tissu voisin; de sorte que la tubite coexiste généralement, soit avec une métrite ou avec une ovarite, soit avec une pelvi-péritonite ou avec un phlegmon péri-utérin. Il est difficile alors de déterminer quel a été le point de départ et le siége primitif de l'inflammation; car celle-ci peut commencer par les trompes pour se propager ensuite ou aux ovaires, ou au tissu cellulaire péri-utérin, ou au péritoine pelvien, ou à la muqueuse utérine; ou bien elle peut débuter par un de ces derniers organes pour se transmettre ensuite aux trompes de Fallope.

Ces remarques préliminaires permettent de pressentir l'analogie, pour ne pas dire l'extrême ressemblance, que la description de la tubite doit nécessairement présenter avec celles qui ont été déjà données des diverses inflammations péri-utérines. Et, en effet, nous

allons retrouver à peu près les mêmes causes, à peu près les mêmes symptômes, les mêmes phénomènes évolutifs et les mêmes indications thérapeutiques.

Nous ne connaissons que trois causes qui puissent être spéciales à la tubite, et ces trois causes sont, pour ainsi dire, d'ordre mécanique; nous voulons parler de l'arrêt et du séjour dans l'une ou l'autre trompe, soit d'un ovule, soit d'un caillot sanguin, soit d'une concrétion calcaire, ou d'un débris fœtal provenant d'une grossesse tubaire ébauchée. On comprend que ces substances, arrêtées et fixées dans le canal utéro-ovarien, agissent à la manière d'un corps étranger et déterminent à leur point de contact une irritation inflammatoire.

Dans ces cas la tubite est primitive; c'est par la trompe que l'inflammation commence.

Les autres causes de la tubite se confondent avec les conditions étiologiques qui président au développement des inflammations utérines ou péri-utérines. Ainsi, la tubite peut survenir à la suite d'une rétrocession des menstrues, d'un accouchement laborieux, de manœuvres obstétricales prolongées ou mal dirigées, et surtout à la suite d'un accouchement physiologique troublé dans sa marche naturelle par quelque complication puerpérale.

La tubite est quelquefois aussi la conséquence d'une violence extérieure, d'une opération chirurgicale pratiquée sur l'utérus, d'une cautérisation, d'un cathétérisme ou d'une injection intra-utérine, du séjour trop prolongé d'un pessaire dans le vagin ou d'un redresseur dans l'utérus.

Mais, dans toutes ces circonstances, la tubite est toujours ou presque toujours secondaire; elle résulte de la propagation d'une inflammation primitivement développée dans le vagin, dans l'utérus, dans l'ovaire, dans le péritoine pelvien ou dans le tissu cellulaire péri-utérin.

L'inflammation n'occupe quelquefois qu'une seule trompe, mais le plus souvent elle s'étend aux deux trompes à la fois.

Le premier cas s'observe surtout lorsque la tubite est due à une influence directe, locale, circonscrite, n'affectant qu'une seule trompe; ou bien lorsqu'elle est consécutive à une ovarite (et alors la tubite se manifeste du même côté que l'ovarite).

La tubite double se montre principalement lorsque l'inflammation, procédant d'un état puerpéral, d'une pelvi-péritonite, d'une métrite, ou d'une cause traumatique, envahit les deux trompes en même temps.

La tubite peut se présenter à l'état aigu ou à l'état chronique.

Dans l'inflammation aiguë, la trompe, plus flexueuse qu'à l'état normal, offre une tuméfaction remarquable. Cette tuméfaction, qui se traduit par une augmentation de calibre, est tantôt régulière, tantôt irrégulière. Dans le premier cas, la trompe offre l'apparence d'un tube cylindrique dont le volume varie depuis celui d'une plume de paon jusqu'à celui du doigt auriculaire. Dans le second cas, qui est le plus fréquent, la dilatation de la trompe est très-inégale, de sorte que le canal présente des alternatives de renflements et de rétrécissements qui lui donnent l'apparence d'une veine variqueuse.

L'inflammation peut rester limitée à la membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur du canal. Elle peut aussi envahir la tunique musculaire ou fibreuse qui forme la charpente du conduit.

Lorsque la tunique musculaire participe à l'inflammation, elle est épaissie, turgescente, gorgée de sang, friable, maculée de suffusions ecchymotiques ou de petits noyaux apoplectiques, quelquefois infiltrée de pus.

Lorsque la tunique musculaire n'est pas atteinte par l'inflammation, elle est distendue et amincie par l'effort excentrique de la muqueuse enflammée.

L'inflammation aiguë de la tunique interne des trompes se traduit par une vascularisation excessive, une coloration rouge intense, violacée ou lie-de-vin, une apparence tomenteuse de sa surface, une turgescence et souvent une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-muqueux. Le canal utéro-ovarien est obstrué tantôt par d'épaisses et abondantes mucosités mélangées de cellules épithéliales, tantôt par un liquide sanguinolent, épais, roussâtre, tantôt par du véritable pus. Ces liquides peuvent occuper le conduit tout entier ou s'accumuler seulement dans un point de sa longueur, où ils donnent lieu à une dilatation ampullaire.

Lorsque l'inflammation des trompes est due à l'arrêt et à la présence d'un caillot sanguin, d'un ovule, d'une concrétion calcaire ou

d'un débris fœtal, ces corps étrangers se retrouvent dans le canal, au foyer même de la lésion inflammatoire.

Les trompes enflammées, au lieu d'être libres et flottantes dans la cavité pelvienne, contractent des adhérences partielles ou générales avec les organes voisins.

Le pavillon prend part, le plus souvent, à l'inflammation des trompes. Ses franges sont alors infiltrées, épaissies, rougeâtres, adhérentes au péritoine, à l'ovaire ou à la paroi pelvienne.

Lorsque la tubite est purulente, il est rare que l'inflammation ne s'étende pas également dans la cavité du petit bassin, soit par voie de propagation, soit par l'épanchement du pus dans la cavité du péritoine ou dans l'épaisseur des ligaments larges. Le pus, en effet, peut s'épancher dans le péritoine par l'orifice de communication qui existe entre le pavillon et la cavité séreuse; il peut aussi s'infiltrer dans le tissu cellulaire des ligaments larges par suite d'une perforation du conduit utéro-ovarien.

Lorsque de pareils faits se produisent, on trouve les trompes nageant dans une collection purulente, comme nous l'indiquerons en décrivant les abcès péri-utérins.

Dans l'inflammation chronique, la trompe acquiert un volume considérable, pouvant se rapprocher de celui du doigt indicateur ou du médius. Nous avons même observé un cas où le calibre de la trompe égalait celui de l'intestin grêle.

Les parois sont épaisses, consistantes, d'une couleur grisâtre ou ardoisée. La membrane muqueuse est tantôt hypertrophiée, ferme, résistante; tantôt, au contraire, mince, ramollie, exulcérée sur certains points.

Les trompes ont rarement conservé leur forme cylindrique. Elles sont irrégulières, bosselées, présentant tantôt un renflement, tantôt plusieurs. Ces renflements sont des espèces de kystes dont les dimensions varient depuis le volume d'un œuf de pigeon jusqu'à la grosseur d'une tête d'enfant. Ils correspondent à des accumulations de liquides de nature variable. On y trouve, en effet, tantôt de la sérosité pure, tantôt de la sérosité sanguinolente, tantôt enfin du pus analogue à celui des abcès froids.

Dans la tubite chronique, des adhérences anciennes et des brides fibreuses fixent les trompes aux organes voisins et aux parois du bassin.

On retrouve, dans la tubite aiguë, l'ensemble des symptômes généraux et locaux communs aux inflammations péri-utérines.

Les malades éprouvent dans le bassin, profondément et du côté correspondant à la trompe enflammée, une douleur vive et continue, avec des exacerbations fréquentes et des élancements aigus; une sensation de chaleur et de tuméfaction souvent accompagnée de battements analogues aux pulsations artérielles.

L'hypogastre est sensible à la pression, et quelquefois gonflé, surtout au niveau de l'organe lésé. Dans certaines circonstances rares et quand la malade est d'une grande maigreur, on peut, en déprimant suffisamment la paroi abdominale, sentir la trompe augmentée de volume et formant un tube peu mobile, dur, flexueux, inégal, bosselé. Lorsque le conduit tubaire présente ce degré d'engorgement, on peut le constater plus facilement encore par le toucher vaginal et par le toucher rectal.

Les douleurs occasionnées par la tubite restent rarement locales; elles s'irradient le plus souvent dans les lombes, dans les aines, sur le trajet du nerf sciatique et du nerf crural.

Cette maladie amène généralement des troubles variables dans la menstruation; celle-ci, en effet, est quelquefois supprimée, d'autres fois elle persiste, mais alors elle est tantôt avancée, tantôt retardée; presque toujours elle est douloureuse et produit des recrudescences dans la lésion locale.

L'inflammation aiguë des trompes se termine quelquefois par résolution ; mais le plus souvent, surtout lorsqu'elle est d'origine puerpérale, elle se termine par suppuration. Le pus alors peut suivre différentes voies. Dans les cas les plus heureux, il s'écoule sans interruption par la cavité utérine jusque dans le vagin, d'où il est évacué au dehors. Dans d'autres cas, il fuse dans la cavité péritonéale par le pavillon et donne lieu à une péritonite partielle ou générale. Enfin, il peut aussi s'accumuler dans la trompe, par suite d'une oblitération de ce conduit, et déterminer la formation d'un abcès qui s'ouvre tantôt dans le bassin, tantôt dans le rectum, plus rarement au dehors, à travers la paroi abdominale, comme il résulte d'une observation de M. le docteur Puech.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les dangers de la suppuration des trompes, surtout lorsque le pus, au lieu de se faire jour au dehors par une des voies que nous venons d'indiquer, s'épan-

che dans le péritoine ou dans le bassin. Nous reviendrons sur la gravité de ce pronostic en traitant des abcès péri-utérins.

L'inflammation chronique des trompes affecte généralement la forme catarrhale; aussi la désigne-t-on quelquefois sous le nom de *tubite catarrhale* ou *catarrhe des trompes*. Les auteurs allemands la nomment encore *hydropisie des trompes*. En effet, le caractère principal de la tubite chronique consiste dans une hypersécrétion continuelle de la membrane muqueuse qui tapisse l'oviducte. Si le canal est libre et s'il a conservé sur tous les points son calibre normal, le liquide sécrété s'écoule généralement par l'orifice utérin, puis il traverse la cavité utérine et le vagin. Ce mode d'écoulement est révoqué en doute par Kiwisch, mais il est admis par Rokitansky qui l'appelle *hydropisie profluente des trompes*, et par Scanzoni qui en rapporte une observation.

Quand le canal tubaire présente, ce qui arrive le plus souvent, des atrésies ou des oblitérations partielles, le produit de sécrétion, au lieu de s'écouler au dehors, s'accumule entre les obstacles; les parois du conduit se dilatent, s'amincissent et forment des tumeurs, des espèces de kystes, dont le nombre, les dimensions et le contenu sont très-variables.

Quelquefois il n'existe qu'une seule poche; d'autres fois il y a deux, trois, quatre ou cinq renflements successifs, ce qui donne à la trompe une apparence moniliforme.

Les dimensions de ces tumeurs varient depuis le volume d'un œuf de pigeon jusqu'à la grosseur d'une tête d'enfant.

Les moins volumineuses renferment le plus souvent des mucosités épaisses, quelquefois un liquide brunâtre, sanieux, provenant d'une hémorrhagie ancienne. Les plus volumineuses sont remplies généralement par un liquide aqueux semblable à de la sérosité.

La plupart des pathologistes avouent l'impossibilité de diagnostiquer la tubite chronique pendant la vie. Il est surtout difficile de distinguer l'hydropisie des trompes d'un kyste de l'ovaire. Kiwisch attribue une certaine valeur sémiologique à la présence, chez quelques femmes très-amaigries, de tumeurs allongées, bosselées, élastiques, sur les parties supérieures et latérales de l'utérus, suivant la direction des trompes; mais Aran, Scanzoni et Courty font ressortir, avec juste raison, l'incertitude de ce signe.

res, dans les trompes et dans le tissu cellulaire qui entoure ces organes et qui comble l'espace compris entre les feuillets des ligaments larges.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On trouve le pus tantôt à l'état diffus ou d'infiltration, tantôt à l'état enkysté ou de collection.

1° La suppuration est ordinairement diffuse lorsqu'elle se forme à la suite d'accidents inflammatoires aigus nettement tranchés, et lorsque l'inflammation a pour point de départ et pour siége principal le tissu cellulaire péri-utérin.

L'infiltration purulente se produit tantôt en arrière de l'utérus, tantôt en avant, tantôt sur les côtés. D'autres fois elle occupe toute la région péri-utérine et une grande partie de l'excavation pelvienne.

Dans le premier cas l'abcès est dit rétro-utérin. Le pus baigne, en avant, la face postérieure de l'utérus et une partie de la face postérieure du vagin; en arrière, la face antérieure du rectum; en haut, il soulève le repli péritonéal recto-utérin et la masse intestinale; en bas, il se rapproche plus ou moins du périnée, en descendant dans la cloison recto-vaginale. Il importe de bien distinguer les abcès rétro-utérins des collections purulentes intra-péritonéales et consécutives à une péritonite partielle.

Lorsque l'abcès est anté-utérin ou placé au-devant de l'utérus, ce qui est fort rare, le pus s'épanche entre la matrice et la vessie; en bas, le foyer est limité par la paroi vaginale antérieure, et en haut par le repli péritonéal vésico-utérin.

Enfin, si l'épanchement purulent se fait sur les parties latérales de l'utérus, il s'étend de dedans en dehors, en écartant le repli des ligaments larges et en détruisant les connexions des ovaires, des trompes et des ligaments ronds, qu'on trouve baignés dans le pus.

Il est rare que l'infiltration purulente reste circonscrite dans les limites étroites que nous venons d'indiquer. Quel que soit le point de la région péri-utérine dans lequel le pus ait commencé à se former, il s'étend ordinairement, il se propage de proche en proche soit par les progrès mêmes et l'extension de la phlegmasie, soit d'une manière en quelque sorte mécanique, en fusant à travers les tissus qui offrent à sa diffusion le moins de résistance. Aussi, trouve-t-on généralement ce liquide répandu autour de l'utérus, dans une

plus ou moins grande étendue de l'excavation pelvienne; le plus souvent, l'épanchement purulent occupe à la fois l'espace compris entre la matrice et le rectum, la cloison recto-vaginale et les ligaments larges; parfois il remplit le petit bassin, et même, franchissant le détroit supérieur, il gagne les fosses iliaques, s'élève au-dessus du pubis et jusque dans la région des reins, se confondant alors avec l'affection décrite sous le nom d'abcès des fosses iliaques. D'autres fois il remonte le long de la paroi abdominale antérieure, et atteint la région de l'ombilic.

Dans tous les cas, le tissu cellulaire est infiltré par le pus. Au centre du foyer, ce tissu est détruit et nage en lambeaux dans le liquide morbide; les tissus sont décollés; les vaisseaux et les nerfs dénudés traversent la collection purulente, en formant des brides et des tractus. Les organes, baignés par le pus, sont recouverts de dépôts pseudo-membraneux. Les couches superficielles des parois de l'utérus, du rectum, des intestins, de la vessie, sont altérées dans leur structure, ramollies et d'une teinte verdâtre ou ardoisée, comme si elles avaient subi un certain degré de macération. Dans quelques cas, on rencontre du pus dans les trompes et dans les ovaires; parfois même le tissu de ces derniers organes est détruit en totalité ou en partie par la suppuration. Enfin, le péritoine pelvien offre presque toujours des traces non équivoques d'inflammation. Quand la collection purulente s'étend jusqu'au grand bassin, on trouve fréquemment les muscles psoas, iliaque et carré des lombes, noirâtres, ramollis, infiltrés de pus à leur surface.

2° Lorsque le pus, au lieu de se former d'une manière rapide, se forme lentement et graduellement, il se réunit en foyer dans des cavités circonscrites par des adhérences et par une espèce de fausse membrane à parois tomenteuses. Ces collections forment une ou plusieurs tumeurs bien limitées et en rapport direct avec les organes voisins. Cependant ces foyers purulents enkystés ne proviennent pas toujours d'une phlegmasie péri-utérine; ils peuvent être aussi le produit d'un kyste séreux ou d'une hématocèle, dont la poche s'est enflammée et a suppuré.

Quelquefois même on rencontre en même temps, ainsi que nous l'avons vu dans un cas, une ou plusieurs poches séreuses à côté d'un ou de plusieurs kystes purulents. Lorsque l'abcès succède à une hématocèle enflammée, il contient, au lieu de pus phlegmo-

neux ordinaire, un liquide noirâtre, sanieux, mélange de pus et de sang, dans lequel nagent encore des caillots diffluents.

Le volume de ces collections purulentes est très-variable : les unes ne dépassent pas les dimensions d'une noix ou d'une orange; d'autres acquièrent la grosseur d'une tête de fœtus à terme : nous en avons observé un plus volumineux que l'utérus au dernier mois de la gestation, et qui renfermait quinze litres de pus.

Quel que soit le mode de formation des abcès péri-utérins, presque toujours, quand ils ont été suivis de mort, on les trouve en communication, soit avec l'extérieur par la paroi hypogastrique ou par le périnée, soit avec quelque organe creux du bassin, ou encore avec la cavité péritonéale. Le plus souvent, les abcès péri-utérins s'ouvrent dans le rectum ou dans le vagin, assez fréquemment encore dans le péritoine, mais bien plus rarement dans la vessie, et surtout dans l'utérus. Tantôt ils communiquent isolément avec un de ces organes; tantôt simultanément, soit avec le rectum et le vagin par exemple, soit avec l'intestin et la vessie, ainsi que nous en avons observé trois cas remarquables, qui seront rapportés dans la dernière partie de cet ouvrage.

L'ouverture des abcès péri-utérins s'opère de deux façons : ou d'une manière directe et immédiate, ou par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux. Dans le premier cas, l'orifice de communication est plus ou moins irrégulier, comme dilacéré, et souvent tellement étroit qu'il est très-difficile à découvrir; on n'y parvient ordinairement qu'en faisant refluer le liquide par la pression. Dans le second cas, on reconnaît le trajet fistuleux à sa forme et à sa dureté, qui l'ont fait comparer à un cordon fibreux, et dont la longueur et la direction varient suivant le siége du foyer purulent et la position relative de l'ouverture de sortie. Cette ouverture est généralement arrondie; ses bords sont indurés, fongueux et faciles à reconnaître par leur coloration rouge et inflammatoire, et par le bourrelet plus ou moins saillant qu'ils forment à la surface du tissu lésé.

Suivant l'organe avec lequel la collection purulente est en communication, on trouve des matières fécales ou de l'urine dans le foyer, ainsi que du pus ou dans le rectum, ou dans la vessie, ou dans la matrice.

Symptomatologie. — La formation du pus dans le bassin s'annonce

par la persistance et l'aggravation des symptômes; par l'augmentation du volume de la tumeur; par le changement de la douleur qui de pongitive, devient gravative et exacerbante; par la chaleur et la sécheresse de la peau, l'accroissement de l'appareil fébrile, l'inappétence, l'altération des traits, la teinte terreuse du visage, et surtout par des frissons légers, erratiques, se répétant irrégulièrement plusieurs fois dans le jour et généralement suivis de sueurs abondantes.

On peut acquérir la certitude matérielle de la présence du pus, quand ce liquide forme une tumeur qui soulève la muqueuse du vagin ou la peau des parois abdominales. Il faut alors recourir aux divers modes d'exploration, tels que le toucher vaginal et le toucher rectal, le palper abdominal et la pression de l'hypogastre et des régions iliaques, de manière à constater l'existence du foyer purulent, à en apprécier le siége et les limites, le volume et la forme. On reconnaît la présence du pus, dans les premiers jours, à la tension plus considérable de la tumeur et à sa rénitence; plus tard, on trouve de la fluctuation, qui est le signe pathognomonique des collections liquides.

La rénitence et la fluctuation sont faciles à constater toutes les fois que le foyer purulent est situé assez superficiellement pour être en rapport immédiat avec les téguments: il forme alors un relief plus ou moins sensible dans un des culs-de-sac du vagin, ou dans le rectum, ou en quelque point de la région abdominale, à l'hypogastre, dans les fosses iliaques, dans les plis de l'aine, dans la région lombaire, au périnée ou dans les plis cruraux.

Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, la collection purulente, profondément située dans l'excavation pelvienne ou dans le grand bassin, est d'abord inaccessible au toucher; mais plus tard, grâce aux progrès de l'inflammation et à la migration du pus vers les parties déclives, il devient facile d'en reconnaître la présence.

Diagnostic. — On peut confondre un abcès péri-utérin avec toute autre collection liquide du bassin, notamment avec une hématocèle ou un kyste. Ce qui différencie immédiatement le foyer purulent de ces deux espèces de tumeurs, c'est la manifestation des symptômes généraux sur lesquels nous avons appelé l'attention, et que nous avons signalés comme caractéristiques de la formation du pus.

Dans l'hématocèle, comme dans le kyste ovarique, la tumeur est fluctuante au début : elle devient ensuite résistante et dure dans l'hématocèle, par la formation de caillots sanguins : elle reste liquide dans la plupart des kystes, mais elle s'accroît ordinairement sans provoquer de réaction générale. La douleur présente aussi des caractères différents : dans le kyste, elle est obtuse, gravative, parfois presque nulle ; dans l'hématocèle elle est surtout expulsive, tandis qu'elle est pongitive, exacerbante et souvent très-aiguë dans les phlegmasies qui donnent naissance aux abcès péri-utérins.

L'existence simultanée d'un abcès et d'une hématocèle, ou d'un abcès et d'un kyste, ou bien encore l'inflammation de ces deux tumeurs et leur transformation en collection purulente rendent le diagnostic plus obscur.

Toutes les fois que le diagnostic présente de l'obscurité on doit recourir à la ponction exploratrice, dans le but de déterminer la nature du liquide contenu dans le foyer. Mais il peut arriver qu'un foyer purulent et une poche séreuse existent simultanément et que, celle-ci étant seule ouverte, au lieu de pus, il s'écoule de la sérosité. Cette coïncidence, dont nous avons observé un exemple, peut donner lieu aux plus graves méprises, et même occasionner la mort des malades.

Pour éviter une pareille erreur, on doit tenir compte des phénomènes antérieurs, de l'état général et de la persistance de la tumeur malgré la ponction préalable.

Marche. — Durée. — Terminaisons. — Les abcès péri-utérins ont une marche et une durée variables suivant le degré d'acuité de l'inflammation qui leur a donné naissance. Ainsi, dans les phlegmasies péri-utérines puerpérales, le pus se forme promptement et les abcès qui succèdent à ces phlegmasies ont une marche rapide et une courte durée. Dans ce cas les abcès péri-utérins peuvent déterminer la mort en quelques jours.

Dans les phlegmasies péri-utérines non puerpérales la suppuration se forme plus lentement. Alors, les abcès péri-utérins ont une évolution moins rapide. Il est rare que la suppuration se produise avant la fin du deuxième septénaire, et souvent elle ne se développe qu'au bout de plusieurs mois et même de plusieurs années, comme nous avons eu l'occasion de le voir, soit dans cer-

tains cas où l'état fébrile avait survécu aux accidents aigus primitifs, soit dans d'autres cas où une inflammation aiguë était venue s'enter sur une phlegmasie chronique.

Quelques auteurs admettent la guérison spontanée de ces abcès par la résorption des éléments du pus. Nous pensons que ce mode de guérison doit être très-rare, car nous n'en avons jamais rencontré aucun exemple authentique. D'ailleurs, les données de la physiologie donnent à cette opinion peu de probabilité; cependant il faut tenir compte de l'analogie et se rappeler que des chirurgiens affirment avoir vu des abcès sous-cutanés disparaître simultanément, sans ouverture du foyer.

Mais quand l'art n'intervient pas assez tôt, les collections purulentes péri-utérines peuvent s'enkyster ou se frayer une voie jusqu'aux téguments ou dans un organe creux, et s'ouvrir soit directement à l'extérieur par le vagin ou par un des points de l'abdomen que nous avons signalés plus haut; soit, à l'intérieur, dans la cavité du péritoine, dans le rectum, dans l'S iliaque, ou dans quelque anse de l'intestin grêle, ou encore dans la vessie et dans l'utérus.

L'ouverture spontanée des abcès péri-utérins est ordinairement précédée d'une recrudescence des phénomènes inflammatoires.

Le volume, la tension et la sensibilité de la tumeur abcédée augmentent et la réaction générale fébrile devient un peu plus intense. Puis, tout à coup, soit sans cause appréciable, soit à la suite d'une chute ou d'un effort, la malade éprouve un soulagement de plus en plus marqué, à mesure que le pus s'écoule au dehors et que le foyer se vide. La tumeur diminue de volume ou même elle disparaît entièrement. En même temps se manifestent certains symptômes qui varient suivant le lieu où l'abcès péri-utérin s'est ouvert un passage. Quand le foyer pelvien s'ouvre dans l'intestin, les malades accusent une sensation de craquement ou de déchirure, puis elles éprouvent le besoin d'aller à la garderobe, et, presque aussitôt, elles rendent, avec les selles, une certaine quantité de pus fétide et facile à reconnaître.

Si l'abcès s'ouvre dans la vessie, de fréquents besoins d'uriner se font brusquement sentir, et on trouve du pus dans les urines. Lorsque le foyer communique avec le vagin ou avec l'utérus, le pus s'écoule par la vulve. Dans ce dernier cas, on peut, à l'aide du spéculum, découvrir l'ouverture qui donne issue au pus. Un autre

phénomène digne de remarque et que nous devons noter ici, c'est qu'à l'époque menstruelle le pus qui provient d'un abcès péri-utérin est mélangé de sang pendant toute la durée des règles; puis il reprend son apparence ordinaire jusqu'à l'époque suivante. Nous avons constaté ce fait plusieurs fois. Quand la communication s'établit avec le péritoine, on voit éclater tous les symptômes d'une péritonite aiguë partielle ou générale, qui, le plus souvent, est suivie d'une terminaison fâcheuse.

Les abcès péri-utérins peuvent s'ouvrir simultanément par plusieurs voies, ainsi que nous l'avons dit à propos de l'anatomie pathologique. Dans ces circonstances, on observe concurremment les signes qui appartiennent à chacun des modes d'évacuation. Si, par exemple, l'ouverture se fait à la fois dans le rectum et dans la vessie, on trouve en même temps du pus dans les selles et dans les urines; mais comme l'intestin et la vessie communiquent aussi entre eux, par l'intermédiaire du foyer purulent, les matières stercorales passent dans la vessie et s'échappent par l'urèthre avec l'urine, ainsi que nous l'avons observé dans trois cas. Lorsque le foyer s'ouvre en même temps par la paroi abdominale et par l'intestin ou la vessie, les matières fécales et l'urine sortent avec le pus par l'orifice abdominal, comme dans l'anus contre nature ou dans la fistule urinaire.

Quand l'ouverture qui donne issue au pus dans l'intestin est suffisamment large et qu'elle s'est faite dans un point déclive, le foyer se vide bien, la fièvre baisse et ne tarde pas à cesser, les douleurs du bas-ventre se calment, l'appétit renaît, les garde robes redeviennent naturelles et la convalescence s'établit franchement. Tel est le mode de terminaison le plus favorable des abcès péri-utérins.

Dans le cas contraire, lorsque l'ouverture de l'abcès est trop étroite, qu'elle est située à la partie supérieure de la collection purulente, le foyer s'évacue incomplétement, le soulagement est de courte durée, la fièvre persiste ainsi que les autres accidents; on voit bientôt apparaître tous les symptômes de l'infection putride (fièvre continue, diarrhée colliquative, amaigrissement progressif), et au bout d'un temps plus ou moins long les malades succombent dans le marasme. C'est ce qui arrive constamment lorsque les abcès péri-utérins s'ouvrent dans l'intestin grêle; alors, en effet, la communication a toujours lieu à la partie supérieure du foyer, qui nécessairement se vide d'une manière incomplète.

Dans d'autres cas, l'ouverture se rétrécit ou même se ferme entièrement; l'écoulement du pus, qui s'était opéré d'abord régulièrement et qui avait été suivi d'une amélioration sensible, ne tarde pas à s'arrêter; la tumeur se reforme, et avec elle reparaissent tous les symptômes observés au début; bientôt l'abcès s'ouvre de nouveau spontanément et tous les accidents se dissipent: et l'on voit ainsi le même fait se reproduire alternativement, et à des intervalles plus ou moins éloignés, avec le même ordre de phénomènes. Il est rare que dans ces conditions l'abcès péri-utérin n'ait pas une terminaison funeste.

Des phénomènes analogues se produisent lorsque l'abcès péri-utérin, composé de deux ou de plusieurs foyers communiquant ensemble par une ouverture étroite, ne s'ouvre au dehors que par un seul orifice. Quelque large que soit cet orifice, il n'empêche pas la stagnation du pus; et, par suite, il ne saurait prévenir le développement des accidents dus à l'infection putride.

Pronostic. — Les abcès péri-utérins sont graves par eux mêmes, en raison des désordres qu'ils peuvent occasionner autour d'eux et qu'il n'est pas toujours possible de prévenir ou de combattre avec succès, mais ils n'offrent pas tous un égal degré de gravité.

Pour établir le pronostic, on doit tenir compte du siége de l'abcès, de son volume et de son mode d'ouverture.

En général, plus un abcès péri-utérin est volumineux, plus il est profond, et plus son pronostic est grave.

Les abcès superficiels, accessibles à l'instrument tranchant, offrent moins de gravité que les abcès placés à une grande profondeur et qu'on ne peut pas ouvrir sans danger.

Quand l'abcès péri-utérin s'ouvre dans l'intestin, le pronostic varie suivant que l'ouverture se fait dans la partie déclive ou dans la partie supérieure du foyer, et suivant l'intensité des accidents qui succèdent à l'écoulement du pus au dehors.

Si l'ouverture du foyer est suivie d'un grand soulagement, si la fièvre cesse, si l'appétit renaît ainsi que les forces, enfin si l'amélioration se soutient, le pronostic est, en général, favorable.

Le contraire a lieu toutes les fois que la sortie du pus n'est pas suivie de soulagement, que la fièvre persiste, que la diarrhée continue, que les forces baissent et qu'on observe les symptômes de l'infection putride. Dans ce cas le pronostic est grave.

Quand le foyer s'ouvre dans le vagin ou à travers les parois de l'abdomen, le pronostic présente peu de gravité; la guérison est la règle et la mort l'exception.

L'ouverture des abcès péri-utérins dans la vessie est ordinairement suivie d'une heureuse terminaison. Cependant, comme ce mode d'évacuation peut entraîner quelquefois une inflammation de la vessie, on doit tenir compte de cette circonstance pour le pronostic.

L'ouverture simultanée d'un abcès péri-utérin dans l'intestin et dans la vessie est un mode de terminaison redoutable. La mort a eu lieu dans les trois cas de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer.

Si pendant le cours d'un abcès péri-utérin, on voit apparaître tout à coup les symptômes d'une péritonite aiguë, le pronostic acquiert la plus haute gravité.

THÉRAPEUTIQUE. — Quel parti convient-il de prendre en présence de ces collections purulentes? Doit-on attendre que le pus s'ouvre spontanément une issue au dehors, ou faut-il par une opération chirurgicale devancer le travail de la nature?

Quelques auteurs conseillent de recourir, avant de tenter une opération, à l'emploi des vésicatoires ou des pommades résolutives; mais l'expérience nous a démontré l'insuffisance de ces moyens. Il est un précepte de bonne chirurgie que nous croyons applicable aux abcès péri-utérins : c'est de provoquer ou de favoriser la sortie du pus, en quelque région qu'il se montre, sans attendre son évacuation spontanée, qui quelquefois ne s'opère qu'au préjudice des organes voisins ou en déterminant des désordres graves sur son passage, tels que des fusées purulentes, des décollements profonds, des épanchements étendus dans les séreuses, ou des trajets fistuleux interminables.

Mais, en traitant de la symptomatologie et du diagnostic, nous avons dit que, tantôt superficiellement placées et faciles à atteindre, soit par le vagin, soit par quelque point des parois abdominales, ces collections purulentes se manifestent par des signes certains; et que, tantôt, au contraire, situées plus profondément dans le bassin ou dans le ventre, elles restent plus ou moins longtemps inaccessibles au toucher, ne se révélant que par des symptômes rationnels

et, pour ainsi dire, subjectifs, ou par des signes éloignés qui peuvent laisser place au doute.

De ces données découlent deux indications fondamentales :

1° L'abcès est-il superficiel, assez rapproché des téguments pour qu'on puisse aisément distinguer la fluctuation, il faut l'ouvrir sans hésiter, afin de ne pas laisser les malades exposées à quelques-unes de ces complications graves ou de ces accidents redoutables, dont il a été question plus haut.

2° Si l'abcès, au contraire, est séparé des surfaces tégumentaires par un organe plus ou moins volumineux ou par une couche plus ou moins épaisse de tissus, qui ne permettent ni de sentir nettement la fluctuation, ni de porter avec sûreté l'instrument tranchant dans le foyer, il convient d'attendre que le pus, cheminant de proche en proche à travers le tissu cellulaire, vienne soulever les téguments. Cependant il y aurait du danger à temporiser trop. On doit, à l'aide d'une exploration attentive, suivre jour par jour la progression du pus et lui ouvrir une issue aussitôt qu'il est possible d'en constater la présence à l'aide du toucher.

Pour pratiquer l'incision de l'abcès, il faut choisir de préférence la partie la plus déclive, afin de favoriser l'écoulement du pus et de rendre plus facile et plus complète l'évacuation du foyer. Néanmoins, toutes les fois que la fluctuation peut être perçue sur un des points des parois vaginales, c'est dans ce lieu qu'on doit inciser. Ce procédé a été préconisé par Récamier, qui lui a dû de nombreux succès. D'autres médecins, et nous-mêmes l'avons employé toujours avec avantage. Les suites de l'opération sont généralement simples; il y a moins de tissus à diviser pour arriver jusqu'au foyer, le pus s'écoule plus facilement, et l'ouverture se cicatrise plus vite, surtout si l'on a recours à l'un des procédés que nous allons décrire.

Les divers instruments usités pour l'ouverture et l'évacuation des autres collections purulentes peuvent servir aussi pour les abcès péri-utérins.

Si on ouvre l'abcès par le vagin, on peut se servir du bistouri ou du trocart, avec ou sans le secours du spéculum.

Quand on emploie le bistouri, on entoure sa lame d'une bande de linge, de manière à ne laisser à nu que la longueur de 1 à 2 centimètres vers la pointe. Il y a deux manières de porter l'instrument sur la tumeur. Suivant un premier procédé, on met à découvert la

paroi vaginale à l'aide du spéculum bivalve, et alors on dirige directement la pointe du bistouri sur l'abcès, qu'on ouvre par ponction; puis, si on le juge à propos, on agrandit la plaie avec le tranchant de l'instrument, dans le sens vertical, pour éviter de léser des vaisseaux importants. Dans un second procédé, on ne se sert pas du spéculum. Si l'on emploie un bistouri ordinaire, on doit l'introduire dans le vagin en même temps que le doigt indicateur gauche qui sert de guide à l'instrument. On achève l'opération comme dans le premier procédé. Un bistouri caché, semblable à celui dont se servait Récamier, est préférable, pour cette opération, au bistouri ordinaire.

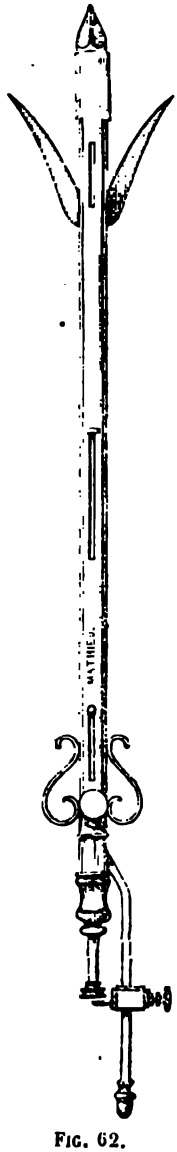

FIG. 62.

Dans quelques cas, lorsque l'abcès offre peu d'étendue et de profondeur, ou lorsque des artères volumineuses rampent à sa surface, on doit préférer le trocart au bistouri. Si la tumeur est peu volumineuse et le pus en petite quantité, un simple trocart explorateur peut suffire pour évacuer le liquide et guérir l'abcès, comme nous l'avons observé dans deux cas. Mais, en général, il faut recourir au trocart ordinaire, qui livre au liquide une issue plus facile. Dans un cas particulier, où nous avions à craindre la lésion de grosses artères développées dans les parois de l'abcès, nous avons employé un trocart *lancéolé*, fabriqué, sur notre indication, par M. Mathieu, et dont nous donnons ici la figure (fig. 62). A l'aide de cet instrument, nous sommes parvenu à guérir une malade qui perdait, par un trajet fistuleux, une grande quantité de pus fétide provenant d'un abcès péri-utérin ouvert spontanément depuis huit mois.

L'ouverture par le trocart est généralement insuffisante, et le plus souvent on est obligé de l'agrandir avec le bistouri boutonné.

Les procédés que nous venons de décrire sont surtout applicables à l'ouverture des abcès péri-utérins par le vagin, qui n'expose à la

lésion d'aucun organe important si l'on prend, à l'égard des vaisseaux, les précautions indispensables que nous avons indiquées. Lorsque la collection purulente est inaccessible par ce canal, qu'elle fait saillie sous les téguments de l'abdomen, à l'hypogastre, dans les fosses iliaques ou dans la région lombaire, lorsque l'abcès est superficiel, on peut encore l'ouvrir avec le bistouri. Mais si la collection purulente est profondément placée, s'il faut, pour l'atteindre, traverser le péritoine, on doit s'appliquer à éviter les accidents graves qui résulteraient de l'épanchement du pus dans cette séreuse.

Dans ce cas, il convient de recourir au procédé imaginé par Récamier pour l'ouverture des tumeurs liquides du foie. On entame les téguments de dehors en dedans par des applications successives de potasse caustique, qui amènent finalement l'inflammation adhésive des deux feuillets du péritoine. On peut alors ouvrir l'abcès avec le bistouri, en traversant l'eschare, sans craindre l'épanchement du pus dans la séreuse péritonéale.

Quelle que soit la méthode ou quel que soit le procédé que l'on emploie, que l'on incise les parois de l'abcès par la peau ou par la muqueuse vaginale, avec le trocart, avec le bistouri ou à l'aide des caustiques, il ne suffit pas de livrer un passage au pus, il faut encore entretenir d'une manière permanente l'écoulement de ce liquide jusqu'à ce que la plaie donne issue à un fluide séreux qui annonce que la source du pus est tarie et que la guérison est prochaine.

Pour entretenir l'écoulement du pus au dehors on peut recourir à trois moyens : la mèche, la sonde ou le tube de caoutchouc, et la cautérisation avec le nitrate d'argent.

La mèche de charpie, que l'on place entre les lèvres de l'incision, a l'avantage d'empêcher leur rapprochement et leur adhésion ; mais elle a l'inconvénient d'oblitérer l'ouverture de l'abcès, de gêner l'écoulement du pus et d'en produire la stagnation.

On peut la remplacer avantageusement par un tube de caoutchouc que l'on introduit de la même manière dans le foyer, qu'on y laisse à demeure, et par lequel le pus s'écoule librement et d'une manière continue.

Le tube offre encore l'avantage de permettre de faire des injections et des lavages dans le foyer purulent. Ce tube doit être assez long pour que son extrémité externe dépasse la vulve de 5 ou

6 centimètres. On le fixe de la même manière qu'une sonde à demeure dans la vessie.

La cautérisation avec le nitrate d'argent, que nous employons depuis l'année 1838, nous a rendu, dans toutes sortes d'abcès, les plus grands services. Ce procédé consiste à cautériser, tous les deux ou trois jours, le trajet de l'ouverture avec le nitrate d'argent fondu, pour empêcher l'inflammation adhésive. Pour les abcès péri-utérins nous le conseillons surtout dans les cas où l'ouverture a été pratiquée par la peau. Ces cautérisations offrent plusieurs avantages: elles empêchent l'ouverture de l'abcès de se fermer prématurément; elles dispensent de laisser à demeure dans le foyer un corps étranger, irritant, mèche ou sonde; elles oblitèrent les vaisseaux béants des lèvres de la plaie, et préviennent ainsi l'absorption du pus et les accidents graves qui en résultent; enfin, elles agissent en modifiant la vitalité des tissus et en substituant l'inflammation adhésive à l'inflammation purulente.

Il est quelquefois utile, comme l'a conseillé et pratiqué Récamier, d'employer les injections et les lavages, soit avec de l'eau tiède simple ou émolliente (eau de guimauve, de sureau, de graines de lin), soit avec de l'eau additionnée de teinture d'iode, d'acide phénique ou mieux encore d'acide thymique. Les lavages avec l'eau simple ou l'eau émolliente sont préférables dans les abcès aigus, lorsque le pus est dépourvu de fétidité. On ne doit employer les injections composées que dans les abcès chroniques, dont les parois manquent de vitalité et qui fournissent un pus abondant et fétide.

M. le docteur Dieulafoy a imaginé récemment un appareil ingénieux qui pourrait trouver une très-utile application dans le traitement des abcès péri-utérins. L'ouverture de la tumeur se pratique avec de petits trocarts ou de fines aiguilles tubulées qui pénètrent dans les tissus sans produire jamais de lésions vasculaires. Ces trocarts ou ces aiguilles, une fois introduits dans l'abcès, s'adaptent, au moyen de tubes en caoutchouc, à un aspirateur énergique, qui remplit les fonctions de pompe aspirante et foulante et à l'aide duquel on peut tour à tour évacuer le pus et pratiquer le lavage du foyer.

Le traitement général doit être institué en vue de relever et de soutenir les forces des malades, comme il est d'usage de le

faire dans toutes les infections septicémiques et dans toutes les maladies cachectiques. Dans ce but il faut prescrire les préparations amères et toniques (quinquina, gentiane, petite centaurée, quassia-amara, colombo); les excitants diffusibles (vins généreux, liqueurs alcooliques, café, thé); les antiseptiques (acide phénique, acide thymique, à la dose de 5 à 10 gouttes dans une potion appropriée); une alimentation substantielle (bouillons gras, consommés, jus de viande, viandes grillées et rôties, viandes crues).

Nous conseillons, enfin, de désinfecter l'air autour des malades, par une aération fréquente, par des fumigations chlorées ou phéniquées.

CHAPITRE IX.

DE L'APOPLEXIE DE L'OVAIRE.

Comme tous les organes parenchymateux, l'ovaire peut devenir le siége d'une extravasation sanguine plus ou moins abondante, se traduisant tantôt par une suffusion ecchymotique, tantôt par de petits foyers hémorrhagiques disséminés, tantôt par des tumeurs sanguines volumineuses ou même un épanchement considérable de sang dans le tissu cellulaire voisin ou dans la cavité péritonéale.

Les deux premières variétés d'apoplexie, la suffusion ecchymotique et les petits foyers miliaires, étant promptement résorbées, n'ont pu être observées que sur des femmes qui avaient succombé intercurremment, ou peu de temps après, à des affections plus graves.

Quant aux foyers hémorrhagiques circonscrits et aux épanchements diffus, ils laissent des traces durables, et l'on a pu les étudier aux diverses phases de leur évolution.

Les foyers hémorrhagiques circonscrits se présentent sous la forme de tumeurs d'un volume qui varie entre la grosseur d'une noisette et les dimensions d'une orange. Ces tumeurs font corps avec l'ovaire et sont recouvertes par le péritoine. Ce rapport explique la possibilité de leur rupture dans cette séreuse.

Leur nombre est très-variable; tantôt on ne trouve qu'un seul foyer apoplectique; tantôt on en trouve plusieurs réunis sur le même ovaire, soit isolés, soit en communication les uns avec les autres.

Ces tumeurs consistent en une poche membraneuse dont les parois, assez épaisses, sont constituées par deux tuniques distinctes: une externe, dense, cellulo-fibreuse; l'autre interne, molle, tomenteuse, tapissée d'épithélium, et offrant dans sa structure quelque analogie avec les membranes séreuses.

L'état du contenu varie suivant l'ancienneté de l'apoplexie. Dans les foyers récents, la tumeur contient du sang noir demi-liquide et un ou plusieurs caillots peu consistants et d'une teinte rougeâtre.

A mesure qu'on s'éloigne du début, la collection sanguine subit les modifications habituelles: la sérosité se résorbe; le caillot se décolore, diminue progressivement; et dans les foyers apoplectiques anciens, on ne rencontre plus ou qu'une sorte de magma jaunâtre couleur de rouille, ou qu'une certaine quantité de sérosité limpide, la matière colorante du sang ayant entièrement disparu. Nous pensons que c'est là l'origine de la plupart des petits kystes séreux de l'ovaire.

Dans quelques cas, les foyers apoplectiques s'enflamment; leurs parois suppurent, et on trouve des proportions plus ou moins grandes de pus mélangé avec du sang.

Lorsque par suite de la rupture du foyer sanguin ou d'un vaisseau assez volumineux, l'épanchement se fait en dehors de l'ovaire, il peut encore s'enkyster ou se répandre d'une manière diffuse dans le tissu cellulaire péri-utérin; il peut aussi se faire jour dans la cavité du péritoine. Telle est la source la plus ordinaire de l'hématocèle extra- et intra-péritonéale dont il sera question dans le chapitre suivant.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur l'étude de l'apoplexie ovarique, lésion parfois obscure et qui doit, lorsque l'épanchement est peu considérable, se confondre assez souvent avec le phlegmon subaigu des ligaments larges. L'erreur, du reste, est sans importance, attendu que les mêmes moyens thérapeutiques conviennent aux deux affections. Seulement elles suivent, sous l'influence du traitement, une marche différente et qui peut servir à jeter du jour sur le diagnostic. En effet, les foyers apoplectiques de l'ovaire

cèdent plus promptement à la médication antiphlogistique et révulsive que les engorgements inflammatoires du tissu cellulaire péri-utérin.

On trouvera le complément de l'histoire des collections sanguines intra ou extra-ovariques dans les chapitres consacrés à l'hématocèle péri-utérine, aux abcès péri-utérins et aux kystes de l'ovaire.

CHAPITRE X.

DE L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

DÉFINITION. — *Hématocèle* signifie, à proprement parler, tumeur sanguine. M. Nélaton a le premier appliqué cette dénomination aux épanchements de sang de l'excavation pelvienne. Il a ajouté la qualification de *rétro-utérine* pour indiquer le siége de la lésion ; mais, suivant nous, cette qualification est trop exclusive et elle donne une idée inexacte de la situation et de l'étendue des collections hématiques du petit bassin. Nous verrons, en effet, dans la suite de cet article, que l'hématocèle n'occupe pas toujours la partie postérieure de l'utérus, comme semblerait l'impliquer l'épithète adoptée par M. Nélaton, mais qu'elle peut affecter avec cet organe des rapports très-variés. Aussi préférons-nous l'expression de *péri-utérine*, que nous employons depuis plusieurs années déjà, qui a été adoptée par la plupart de nos élèves et qui est aujourd'hui généralement reçue. Ceux qui ont blâmé ou repoussé cette dénomination en ont mal compris ou mal interprété le sens. Ils ont cru que nous voulions dire que l'hématocèle entoure, embrasse l'utérus, à la manière d'une ceinture. Telle n'était pas notre pensée. En qualifiant l'hématocèle de *péri-utérine* nous avons voulu exprimer un fait d'observation, à savoir, que l'épanchement peut se rencontrer en un point quelconque autour de l'utérus. Nous continuerons donc à nous servir de cette qualification qui, ne préjugeant pas la position précise de l'hématocèle, a l'avantage de comprendre toutes les variétés de siége que cette tumeur peut affecter par rapport à la matrice.

Il est donc permis de définir, d'une manière générale, l'hématocèle péri-utérine, une tumeur sanguine développée dans l'excavation pelvienne, au voisinage de l'utérus.

HISTORIQUE. — M. Voisin, dans sa thèse inaugurale (Paris 1858), fait remonter jusqu'à Hippocrate la première notion de l'hématocèle péri-utérine. A l'appui de cette assertion, il cite deux observations tirées du *Traité des épidémies*, l'une du IV^e^ livre, § 38, p. 181; l'autre du V^e^ livre, § 1, p. 205 (traduction de Littré). La relation de ces deux faits nous a paru si concise, la description de l'état local si incomplète et l'exposé des symptômes tellement vague, que nous n'avons pu partager pleinement et sans réserve les convictions de M. Voisin.

On trouve dans les *Acta medica Berolini* (1729), t. II, p. 120, l'observation d'une femme de vingt-trois ans, morte à la suite d'un avortement au cinquième mois et qui présenta, à l'autopsie, une hémorrhagie pelvienne abondante, avec une déchirure de la trompe droite : *In aperto abdomine presto erat conspicua quantitas sanguinis tenuis, floridi et aquati... Tuba dextri ovarii erat lacerata et contusa.*

Ruysch, dans ses *Opera omnia anatomico-medico-chirurgica* (Amsterdam, 1737), rapporte l'autopsie d'une femme morte pendant la menstruation, et chez laquelle il trouva du sang dans l'utérus, dans la trompe et dans l'ovaire; et il ajoute : *Vero similis eruptio menstruorum, per tubam Fallopianam in pelvim.* Quelques auteurs ont voulu voir dans ce passage le signalement d'une hématocèle péri-utérine. Quant à nous, nous n'y trouvons que l'indication sommaire de cette affection, avec l'ébauche de la théorie du reflux du sang menstruel par les trompes utérines, théorie dont nous aurons plus tard à examiner la valeur.

M. le docteur Puech cite comme premier exemple d'hématocèle péri-utérine un fait publié par Baudelocque, en 1794. Il s'agit d'une femme qui succomba, le trente et unième jour après ses couches, à une abondante métrorrhagie, et chez laquelle on trouva « un foyer purulent dans le tissu cellulaire du muscle psoas droit et un sac variqueux considérable, tapissé de concrétions sanguines, qui s'était ouvert, avec cet abcès, dans la partie supérieure et antérieure du vagin, à côté du col de la matrice, par un ulcère qui aurait admis l'extrémité du pouce. »

Nous ne ferons que rappeler pour mémoire, mais sans y attacher

l'importance d'un document historique, l'observation rapportée par J.-P. Frank dans son *Traité de médecine pratique*, t. V, p. 261. C'est un fait assez obscur, incomplet et dans lequel on ne saurait voir un exemple bien authentique d'hématocèle.

Dans une brochure publiée en 1830, et intitulée: *Trombus du vagin et de la vulve*, Deneux mentionne plusieurs cas d'épanchements sanguins dans la cavité pelvienne, un, entre autres, qu'il emprunte aux *Mémoires et consultations de médecine légale* de Chaussier.

C'est le 21 juillet 1831 que parut, dans la *Lancette française*, la première observation bien authentique d'hématocèle péri-utérine. Elle fut publiée par Récamier, sous le titre de *Tumeur sanguine du bassin*. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans qui, à la suite d'une fausse couche, présenta, dans le petit bassin, une tumeur volumineuse proéminant dans le vagin. Récamier, croyant avoir affaire à un abcès, incisa la tumeur, et il s'en échappa un sang noir à demi coagulé. La malade guérit. M. Laugier rappelle ce fait dans son article sur les *tumeurs du bassin*, du *Dictionnaire* en 30 volumes.

Plus tard, un second exemple d'hématocèle, emprunté encore à la pratique de Récamier, fut rapporté par M. Bourdon, dans un *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin* (*Revue médicale*, 1841).

Désormais l'attention des praticiens était éveillée sur cette affection; et les observations d'hématocèle se multiplièrent. Des faits intéressants furent publiés successivement par Velpeau, Nélaton, Bernutz, Malgaigne, Marrotte et Denonvilliers, Dufraigne, Satis, Huguier, Monod, Duval, Dubois, Piogey, etc.

Mais il restait encore à constituer l'histoire nosographique de la maladie, à en tracer une description complète et raisonnée, à signaler ses traits principaux et caractéristiques, à formuler les règles de son diagnostic et à poser les bases d'une thérapeutique rationnelle. La première tentative de ce genre fut faite par le docteur Vigués, qui publia en 1850 une thèse sur *les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme*. Dans le courant de 1851-52, M. Nélaton réunissant les matériaux épars dans la science et mettant à profit les enseignements de son observation personnelle, traça dans ses leçons cliniques une histoire assez complète de l'hématocèle, qu'il appela *rétro-utérine*.

Nous-même, vers la même époque, nous avons exposé dans nos leçons à l'hôpital de la Pitié, quelques idées nouvelles sur cette maladie. Nous nous sommes attaché surtout à en bien préciser les

caractères et à les différencier nettement des symptômes des tumeurs phlegmoneuses péri-utérines. Cette distinction nous paraissait d'autant plus importante que nous ne pouvions guère nous dissimuler qu'avant d'avoir bien étudié l'hématocèle nous avions dû quelquefois la méconnaître et la confondre avec les engorgements péri-utérins.

Depuis l'année 1851 des thèses importantes ont été publiées sur cette affection par les élèves de M. Nélaton et par les nôtres.

Les idées de M. Nélaton ont trouvé des interprètes habiles dans MM. Fenerly et Voisin. Nos opinions et la plupart de nos observations ont été reproduites par MM. Cestan, Prost, Gallardo et Baudelot dans leurs thèses inaugurales.

Un élève de la Faculté de Strasbourg, M. Engelhard, a écrit aussi sur le même sujet une importante dissertation.

L'hématocèle a été l'objet de savantes et utiles discussions au sein de la Société de chirurgie et de la Société de médecine de Paris. Dans la séance du 21 mars 1858, nous avons lu, devant ce dernier corps savant, une note ayant principalement pour objet d'élucider quelques points relatifs au diagnostic et au traitement. On retrouvera dans ce chapitre de nombreux passages extraits de cette note.

Pour compléter ce court aperçu historique, nous ajouterons quelques renseignements sur les travaux publiés en Allemagne; ces renseignements, empruntés à la thèse de M. A. Voisin, lui ont été communiqués par M. Picard. Des observations d'hématocèle péri-utérine, accompagnées de réflexions pratiques, ont été insérées par Mikschick dans ses *Etudes sur la pathologie des ovaires* (Leipzig. 1854), et par Kauffmann dans le VIII[e] volume des *Archives de la Société d'obstétrique de Berlin*, pour l'année 1855.

Il résulte des considérations qui précèdent que l'hématocèle péri-utérine est une affection dont la connaissance précise appartient à notre époque et doit être considérée comme une acquisition de la médecine moderne.

Mettant à profit les travaux importants publiés sur cette maladie et nos observations personnelles, nous nous attacherons à donner une description aussi fidèle que possible de l'hématocèle péri-utérine et à dissiper, autant que le permet l'état de la science, l'obscurité qui règne sur certains points de cette intéressante maladie.

Siége. — Nous avons dit que l'hématocèle peut se produire, non-seulement derrière l'utérus, mais encore dans tout autre point voisin de cet organe. Reste à déterminer quel siége précis affecte l'hématocèle péri-utérine, ou, en d'autres termes, dans quel tissu se fait l'épanchement sanguin.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur cette question.

Les uns placent toujours la collection sanguine dans la cavité du péritoine, les autres pensent que l'épanchement se produit tantôt dans la séreuse, tantôt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Nous nous rangeons à cette dernière opinion, et nous distinguons, au point de vue du siége anatomique, deux variétés d'hématocèle : 1° l'une, *intra-péritonéale;* 2° l'autre, *sous-péritonéale.* On verra, dans la suite, combien cette division est importante pour la pratique, et quelle est sa valeur au point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

Personne ne conteste l'existence des hématocèles intra-péritonéales; il est donc inutile de nous y arrêter; mais les hématocèles sous-péritonéales n'étant pas admises unanimement, nous croyons nécessaire d'examiner cette question avec tout le soin qu'elle mérite.

Nous emprunterons des preuves à l'anatomie pathologique, à la symptomatologie, à l'examen clinique, aux résultats du traitement et à la pathogénie.

Ceux qui ont révoqué en doute les hématocèles sous-péritonéales se sont prévalus surtout des données de l'anatomie pathologique. Ils ont dit : « Lisez les détails de la plupart des autopsies, et vous verrez que la collection était toujours située dans le cul-de-sac péritonéal. »

Nous avons soigneusement analysé la plus grande partie des observations d'hématocèle qui existent dans la science, et voici les résultats auxquels nous sommes arrivés :

Dans beaucoup de cas, le siége de l'hématocèle est douteux, contestable et contesté; les témoins de l'autopsie sont divisés : les uns pensent que l'hématocèle est intra-péritonéale, les autres croient qu'elle est sous-péritonéale.

Dans d'autres cas, la collection sanguine existe à la fois dans la séreuse et dans le tissu cellulaire sous-jacent.

Un certain nombre d'observations prouvent donc qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître le siége anatomique précis de l'hématocèle. Les partisans exclusifs des hématocèles intra-péritonéales.

néales peuvent invoquer ces faits en faveur de leur théorie. Ils peuvent alléguer que la collection était probablement intra-péritonéale. Ce n'est là qu'une probabilité, et une probabilité qui dérive d'une idée préconçue. On n'établit pas sur une base aussi fragile une opinion dans la science.

On n'est pas plus autorisé à se prévaloir des cas où l'épanchement a été trouvé à la fois dans le péritoine et en dehors de cette membrane. Dira-t-on que ce sont là des exemples mixtes, dans lesquels le sang, primitivement épanché dans la séreuse, s'est fait jour ensuite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ? Rien ne le prouve. C'est encore une simple hypothèse.

Enfin, dans quelques observations, il est dit très-expressément que le sang était épanché dans le tissu cellulaire sous-séreux.

Mais l'hématocèle péri-utérine se terminant rarement par la mort, il ne faut pas chercher uniquement dans l'anatomie pathologique les preuves de la légitimité des distinctions que nous avons admises. On doit tenir grand compte, pour la solution de cette question, des témoignages offerts sur le vivant par les signes cliniques. Nous verrons, à propos des symptômes, que les tumeurs sanguines du bassin, chez la femme, [sont loin d'offrir toujours la même forme et le même volume; qu'elles sont susceptibles de contracter des rapports très-variés avec l'utérus, le vagin, le rectum et l'anus. Il n'est donc pas rationnel d'admettre une seule espèce d'hématocèle, l'hématocèle intra-péritonéale. Si la tumeur conservait une limite inférieure constante, invariable, assurément il faudrait admettre qu'elle est toujours bornée, en bas, par le cul-de-sac utéro-rectal ; mais, quand elle descend jusqu'au voisinage de l'anus, à 2 ou 3 centimètres du périnée, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle est en dehors du péritoine, dans le tissu cellulaire sous-séreux.

L'existence des hématocèles sous-péritonéales trouve aussi une preuve nouvelle dans les résultats obtenus par le traitement chirurgical de ces tumeurs.

Sur 10 cas d'hématocèles ponctionnées ou incisées, puis injectées ou non de liquides simples ou médicamenteux, on compte 7 succès, et même dans 6 cas la ponction et l'injection n'ont été suivies d'aucun symptôme grave, d'aucun accident fâcheux. Ces opérations seraient-elles toujours aussi inoffensives, aussi simples dans leurs suites, si on les pratiquait sur une tumeur située dans le péri-

toine, si, en d'autres termes, on avait constamment affaire à une hématocèle intra-péritonéale ?

Sans attribuer à cet argument plus d'importance qu'il n'en mérite, nous croyons cependant qu'il doit être pris en considération, et que, ajouté aux preuves précédentes, il acquiert une certaine valeur dans la démonstration de l'existence des hématocèles sous-péritonéales.

Enfin, nous verrons bientôt que la physiologie pathologique, ou la pathogénie de l'hématocèle péri-utérine, dépose aussi en faveur des tumeurs sanguines sous-séreuses. En effet, en recherchant la source de l'hématocèle, en décrivant le mécanisme probable de l'épanchement, nous espérons démontrer que l'hémorrhagie peut et doit se produire tout aussi bien en dehors du péritoine que dans la cavité de cette membrane.

Le peu de gravité de l'hématocèle, dans bien des cas, la faible réaction dont elle s'accompagne quelquefois, sont encore des arguments à l'appui de l'existence des hématocèles sous-péritonéales. En effet, si, dans bien des circonstances, la formation d'une hématocèle péri-utérine s'annonce par un certain nombre de signes locaux et généraux appartenant à la péritonite aiguë, dans d'autres cas, au contraire, ces phénomènes graves font défaut et la collection sanguine se forme sans déterminer de grands troubles dans l'économie.

Nous estimons donc, tout bien examiné, que si l'on a trouvé, à l'autopsie, plus de tumeurs sanguines dans le péritoine qu'en dehors de cette cavité, c'est parce que l'hématocèle intra-péritonéale est plus grave et se termine bien plus souvent par la mort que l'hématocèle sous-péritonéale. Telle est, croyons-nous, la conclusion la plus légitime que l'on puisse tirer de ce fait. Quant à en déduire qu'il n'existe pas d'hématocèles sous-péritonéales, et qu'il n'y a que des hématocèles intra-péritonéales, c'est, à notre avis, aller bien plus loin que ne le permet une rigoureuse interprétation des faits.

Cela posé et étant admise la division des hématocèles en intra-péritonéales et sous-péritonéales, abordons l'étude des altérations anatomiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sur quinze cas d'hématocèle bien constatés, nous n'avons perdu qu'une malade, dont on trouvera

l'observation à la fin de ce livre. Nous ne possédons, par conséquent, dans les matériaux qui nous sont propres, que des éléments très-insuffisants pour décrire, d'une manière complète, les lésions anatomiques de l'hématocèle; nous y suppléerons par un exposé des altérations signalées dans les observations publiées jusqu'à ce jour.

Afin de rendre notre description plus claire et plus précise, nous parlerons successivement du contenu et du contenant de la tumeur; du sang d'abord, de sa quantité, de ses qualités, des modifications qu'il a subies; puis des altérations qui se sont produites dans les tissus ambiants.

La nature et la quantité du sang épanché varient suivant le degré d'ancienneté de l'hématocèle. Le sang est plus abondant et plus liquide dans les hématocèles récentes que dans les hématocèles anciennes. Dans ces dernières, la partie la plus fluide, le sérum, a été résorbée, et la tumeur ne contient plus que des caillots fibrineux. Les phénomènes de résorption et de coagulation se passent ici comme dans les autres collections sanguines.

De données approximatives, fournies par les autopsies ou par l'évacuation de la tumeur pendant la vie, il résulte que la quantité des matières, liquides ou solides, qu'elle contient, varie depuis quelques grammes jusqu'à 1 kilogramme et même au delà.

On trouve tantôt du sang pur, fluide, noir comme le sang veineux; tantôt, et le plus souvent, un liquide épais, opaque, filant, poisseux, d'une consistance et d'une couleur qui l'ont fait comparer à la lie de vin, à la mélasse ou à la gelée de groseilles. La partie liquide tient en suspension des grumeaux noirâtres, mêlés à des caillots plus ou moins volumineux et d'une teinte brunâtre. Le nombre de ces caillots est variable, ainsi que leur forme, leur volume, leur consistance et leur coloration. Ces variations sont subordonnées aux proportions du sang épanché et au degré d'ancienneté de l'épanchement. Il est rare que les caillots soient durs, fibrineux, décolorés, et qu'ils baignent dans un sérum liquide et transparent. Ces caractères, qui indiquent un épanchement ancien et un travail de résorption assez avancé, ne se rencontrent que chez des sujets qui ont succombé à une autre maladie, et qui avaient eu anciennement une hématocèle. Ce n'est que par suite d'une inflammation accidentelle et ultérieure du foyer que les tumeurs sanguines du bassin déjà anciennes peuvent devenir une cause de mort; on trouve alors du pus mé-

langé au liquide sanguin et aux détritus des caillots. Dans une période plus avancée encore, la tumeur ne renferme qu'une masse plus ou moins réduite, dure, d'une consistance solide et ferme; c'est la partie la plus plastique du caillot qui, ayant échappé au travail de résorption, se présente sous la forme d'une tumeur fibreuse, enveloppée d'une couche de tissu cellulaire dense, comme celui qui circonscrit les kystes accidentels.

Le produit de l'épanchement, dont nous venons de signaler les divers caractères, les différents aspects, est tantôt contenu dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin, tantôt, comme nous avons cherché à l'établir plus haut, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. L'état anatomique des parois du foyer est un peu différent, suivant que l'hématocèle occupe l'un ou l'autre de ces deux siéges.

Quand l'hémorrhagie s'est faite dans le péritoine, la collection sanguine a pour limites : en bas, le repli péritonéal recto-utérin; en haut et sur les côtés, les anses intestinales unies entre elles par des adhérences et des tractus fibreux; en avant et en arrière, un feuillet du péritoine plus ou moins étendu, qui la sépare, d'une part, de l'utérus, de la vessie et de la paroi abdominale antérieure; d'autre part, du rectum, de l'S iliaque du côlon et de la paroi abdominale postérieure. Dans des cas exceptionnels, alors que l'hémorrhagie est très-considérable, le sang peut se porter en avant jusque dans le cul-de-sac vésico-utérin, et sur les côtés jusqu'au feuillet séreux qui tapisse les fosses iliaques, de sorte que l'utérus est comme plongé au milieu de l'épanchement; nous avons eu l'occasion d'observer un fait de ce genre.

Si l'hémorrhagie se produit en dehors du péritoine, le sang s'infiltre à travers les mailles du tissu cellulaire du bassin, et y forme un épanchement diffus, qui baigne l'utérus, le rectum, les ovaires et la partie la plus élevée du vagin; ou bien, ce qui arrive le plus souvent, le liquide épanché déchire, rompt, écarte le tissu cellulaire et donne lieu à une poche plus ou moins volumineuse, dont les parois varient de consistance et d'épaisseur, suivant le degré d'organisation qu'elles ont subi. Dans ce cas, le péritoine recouvre l'hématocèle; le plus souvent, la séreuse est soulevée par la tumeur; ailleurs, les feuillets de cette membrane sont écartés, comme on le constate au niveau des ligaments larges; quelquefois on trouve le péritoine décollé en arrière de l'utérus (Baudelot), ainsi qu'on l'observe dans les abcès.

Nous venons de dire que l'hématocèle sous-péritonéale est généralement circonscrite par une fausse membrane. Cette pellicule mince, analogue par son aspect à une membrane séreuse, enveloppe immédiatement les caillots et les liquides épanchés; elle tapisse la paroi interne de la poche kystique dans laquelle est renfermée la collection sanguine. C'est cette membrane accidentelle, adventive, qui a dû souvent en imposer pour un feuillet péritonéal et a pu faire croire à quelques observateurs qu'il n'existait que des hématocèles intra-péritonéales.

Telles sont les altérations anatomiques de l'hématocèle, dans leur plus grand état de simplicité; mais il est rare qu'elles se présentent toujours ainsi. Comme le fait judicieusement observer M. Baudelot dans sa thèse déjà citée, « il est peu commun de voir la mort suivre immédiatement le début de la maladie; presque toujours, lorsqu'elle arrive, ce n'est qu'après plusieurs jours, plusieurs semaines ou plusieurs mois. A cette époque, des désordres secondaires, c'est-à-dire ceux de l'inflammation, ont masqué d'une manière presque complète les lésions primitives. » Le sang a subi des altérations que nous avons indiquées plus haut; les parois du foyer ont été envahies par le travail inflammatoire; la suppuration s'est établie; la mince pellicule d'enveloppe s'est transformée en une membrane plus épaisse, tomenteuse et pyogénique. La poche sanguine, ainsi modifiée, est coupée en différents sens par des cloisons et des brides; elle présente l'aspect inégal, anfractueux, des kystes abcédés. La paroi est déchirée ou perforée en un ou plusieurs points; des trajets fistuleux se forment et font communiquer la cavité morbide avec un des organes creux du bassin. C'est ainsi que des hématocèles s'ouvrent dans le rectum, dans la vessie ou dans l'intestin grêle; c'est ainsi que des hématocèles intra-péritonéales peuvent s'épancher consécutivement dans le tissu cellulaire pelvien, et que des hématocèles sous-péritonéales peuvent aussi se faire jour dans la cavité séreuse.

En même temps que ces lésions, des altérations inflammatoires plus ou moins étendues, plus ou moins avancées, se rencontrent dans les organes envahis et déchirés par l'hématocèle; mais le plus grave, comme le plus commun de ces accidents, est la péritonite, à laquelle succombent presque toujours les malades. Il est rare alors que la péritonite soit limitée et peu intense; la séreuse est habituellement enflammée dans une assez vaste étendue, quelque-

fois même elle est tapissée de fausses membranes, et recouverte de pus.

Rarement les ovaires sont intacts : tantôt ils sont injectés, turgescents, augmentés de volume, recouverts de fausses membranes; tantôt petits, ratatinés et réduits au plus extrême degré d'atrophie, parfois entièrement détruits. Assez souvent, on rencontre dans ces organes des kystes sanguins, des foyers hémorrhagiques, ordinairement rompus et communiquant avec la collection sanguine principale. Ces tumeurs sont tantôt simples, et ne contiennent que du sang; tantôt elles renferment des débris de fœtus, indices d'une grossesse extra-utérine.

Quelquefois, les trompes participent à ces altérations ; elles sont alors oblitérées, dilatées, distendues par des caillots et du sang, déchirées et en communication avec l'hématocèle, plongeant au sein de l'épanchement et adhérentes par de fausses membranes à l'ovaire et au péritoine pariétal. Dans la grande majorité des cas où les trompes sont ainsi altérées, la lésion se rattache à une grossesse tubaire.

Enfin nous rappellerons que M. Richet a signalé la rupture d'une varice du plexus utéro-ovarien, ouverte dans la cavité rétro-utérine.

Symptomatologie. — En général, l'hématocèle est précédée de quelques phénomènes précurseurs, caractérisés surtout par des troubles de la menstruation. Tantôt les règles sont retardées et même supprimées; tantôt elles viennent avec une extrême abondance, ou se prolongent d'une manière inusitée, soit de quelques jours seulement, soit même d'une époque à l'autre; elles présentent enfin des irrégularités de tout genre.

Toutefois, la métrorrhagie est le symptôme initial le plus habituel.

Vers l'époque des règles, soit un peu avant, soit quelques jours après, les malades éprouvent du malaise, un sentiment d'inquiétude vague, de la faiblesse et de l'inappétence; puis tout à coup elles ressentent dans l'hypogastre des douleurs vives, aiguës, lancinantes, s'irradiant dans les lombes, dans les reins et dans les membres inférieurs; ou des douleurs sourdes, gravatives, accompagnées d'efforts expulsifs, d'un sentiment de pesanteur au-dessus de l'anus, et, pour nous servir de leur propre expression, de la sensation d'un corps volumineux qui tend à sortir par le vagin.

En même temps surviennent des nausées, suivies ou non de vomiturition, ou même de vomissements bilieux plus ou moins abondants. La fièvre s'allume, quelquefois précédée par des frissons. Le pouls est ordinairement petit, concentré, d'une fréquence qui varie entre 95 et 140 pulsations. La soif est vive; la face devient pâle; les tissus se décolorent, et, dans les cas graves, les traits s'altèrent profondément et expriment une grande anxiété.

La miction est difficile et la défécation douloureuse; parfois même, dès le début, on observe une constipation opiniâtre et de l'ischurie.

Le ventre est chaud, tendu, douloureux, et, dans certains cas, tellement sensible que la moindre pression ne peut être supportée et qu'il serait imprudent d'en pratiquer la palpation.

Tel est l'ensemble des symptômes auxquels on peut, à l'exemple de M. Nélaton, donner le nom de *période aiguë* de l'hématocèle péri-utérine.

Ces premiers accidents sont de courte durée. Au bout de quelques jours, les nausées et les vomissements cessent; la fièvre tombe; le pouls diminue de fréquence. La peau reprend sa chaleur normale; mais parfois les extrémités restent froides. Les malades éprouvent, d'ailleurs, une tendance au refroidissement. Elles sont d'une faiblesse extrême et elles présentent cette pâleur mate qui est le signe des grandes déperditions sanguines.

Les douleurs abdominales sont moins aiguës, moins générales; elles sont plus intenses du côté où la tumeur est le plus développée que du côté opposé; mais la sensation de pesanteur au périnée et les efforts expulsifs sont plus prononcés. Le bas-ventre est encore tuméfié; mais il est moins sensible et moins chaud.

La constipation est de plus en plus opiniâtre; la compression exercée par la tumeur sanguine sur le rectum rend difficile, sinon impossible, l'usage des lavements.

Dans certains cas, la rétention d'urine est absolue, et le cathétérisme devient indispensable; dans d'autres, au contraire, les malades éprouvent des envies fréquentes d'uriner et même de l'incontinence.

En général, la région hypogastrique est soulevée par une tumeur dont le volume est variable. Tantôt cette tumeur ne dépasse guère le pubis; d'autres fois elle franchit le détroit supérieur du bassin, et s'élève jusqu'à l'ombilic. Dans d'autres cas, assez rares, elle n'ac-

quiert pas de grandes dimensions; elle reste enfermée dans l'excavation pelvienne, est inaccessible par le palper abdominal, et ne peut être perçue que par le toucher vaginal ou rectal. Elle occupe rarement la ligne médiane; elle est ordinairement plus inclinée du côté droit que du côté gauche.

Cette tumeur est lisse, globuleuse, sans inégalités ni bosselures. Elle est peu ou point mobile, et comme enclavée dans le petit bassin.

On peut, si cette manœuvre n'excite pas de vives douleurs, essayer de faire glisser sur la tumeur la paroi abdominale antérieure, dont elle est tout à fait indépendante.

Dans un certain nombre de cas, lorsque la tumeur est volumineuse et qu'elle proémine au-dessus de la symphyse pubienne, si l'on déprime suffisamment la paroi du bas-ventre, on sent, immédiatement au-dessus du pubis, le corps de l'utérus faisant un relief au devant de la tumeur. M. Nélaton a soigneusement signalé ce phénomène; mais il nous paraît l'avoir trop généralisé, et en avoir exagéré la valeur, car ce signe n'est pas constant.

Si la douleur abdominale est trop intense, on doit s'abstenir de la percussion; mais quand l'état de la malade permet d'y recourir, on constate une matité absolue au niveau de la tumeur, et dans son pourtour une sonorité d'autant plus grande que les intestins sont plus distendus par des matières gazeuses.

Le toucher vaginal est habituellement douloureux, mais on peut le pratiquer avec ménagement. Après avoir franchi la vulve, à une distance variable de cet orifice, le doigt explorateur est arrêté par une tumeur qui proémine dans le vagin et oblitère quelquefois les deux tiers de ce canal, en appliquant sa paroi postérieure contre la paroi antérieure. Cependant, en refoulant légèrement et avec précaution cette tumeur, qui est molle, dépressible, il est possible de glisser l'indicateur entre les deux parois accolées et de parvenir jusqu'à l'utérus. Mais dans d'autres cas, le conduit vaginal est libre, la tumeur ne dépasse point le col utérin; il faut la chercher au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur.

Quel que soit le volume de la tumeur, quelle que soit la saillie qu'elle fasse dans le vagin, elle est molle, rénitente, homogène, sensible au toucher. Sa surface est lisse, égale et dépourvue de pulsations artérielles; elle ne présente pas non plus cette élévation de température qu'on remarque dans les tumeurs phlegmoneuses

aiguës. On peut, en introduisant à la fois l'index et le médius dans le vagin et en pressant alternativement la tumeur avec chacun de ces doigts, y percevoir de la fluctuation; mais nous verrons que c'est surtout par le toucher vaginal et hypogastrique combinés qu'on parvient à bien saisir ce signe important.

Dans d'autres circonstances, le doigt atteint difficilement le col de l'utérus, qui est porté en avant, caché derrière la symphyse pubienne, contre laquelle il est plus ou moins refoulé, selon le volume de la tumeur. Il est presque toujours sur la ligne médiane; parfois, cependant, il est déjeté à droite ou à gauche, suivant que la tumeur est plus développée d'un côté que de l'autre.

Le toucher rectal, dont on peut se passer le plus souvent, permet d'explorer la face postérieure de la tumeur. Celle-ci refoule l'intestin, proémine dans sa cavité, et parfois l'oblitère entièrement. Les caractères qu'elle présente sont les mêmes que ceux déjà fournis par le toucher vaginal. Jamais on ne trouve la matrice située derrière la tumeur, entre celle-ci et le rectum.

Dans les cas obscurs, on peut combiner de diverses manières ces trois modes d'exploration.

Par le toucher vaginal et hypogastrique réunis on acquiert des notions plus précises sur le volume, la forme et la consistance de la tumeur. A l'aide de ce mode d'exploration on parvient, dans quelques circonstances, à percevoir aussi plus nettement la fluctuation.

Ce que nous venons de dire du toucher hypogastrique et du toucher vaginal réunis s'applique surtout aux tumeurs volumineuses, à celles qui dépassent le détroit supérieur.

Le toucher vaginal et le toucher rectal associés donnent des renseignements analogues pour les hématocèles d'un petit volume, et qui, ne s'élevant pas au-dessus de la symphyse pubienne, sont inaccessibles par le palper abdominal. Nous n'avons pas besoin de dire comment il faut s'y prendre pour mesurer, par ce procédé, le volume approximatif de la collection sanguine, et constater la fluctuation.

Les signes que nous venons de faire connaître appartiennent aux hématocèles péri-utérines récentes; mais à mesure que ces tumeurs s'éloignent de l'époque du début, leurs caractères se modifient; leur volume diminue et leur consistance augmente, par le double fait de la formation des caillots et de la résorption des parties

liquides. Alors on peut sentir, à la surface, des inégalités, des bosselures, des parties solides séparées par des parties liquides, en un mot un défaut complet d'homogénéité dans le contenu.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Les symptômes de l'hématocèle ne se présentent pas toujours dans l'ordre régulier où nous venons de les décrire ; assez souvent aussi quelques-uns d'entre eux font défaut.

En général, la maladie débute au moment des règles ; mais elle peut aussi se montrer dans l'intervalle de deux époques. Le premier signe local, le premier dérangement fonctionnel est ordinairement une métrorrhagie ; toutefois ce symptôme n'est pas constant ; il peut être remplacé par d'autres troubles de la menstruation.

La période des accidents que nous avons nommés aigus manque rarement ; cependant, chez quelques malades, l'épanchement s'opère d'une manière lente et graduelle, sans provoquer une réaction locale intense, sans déterminer de troubles généraux graves. Les malades se plaignent de malaise, de pesanteur anale, de douleurs expulsives, de faiblesse générale, de difficulté dans la progression ; le toucher vaginal permet de constater alors l'existence d'une hématocèle. Ces sortes d'hématocèles, dont nous rapportons quelques exemples, offrent immédiatement les phénomènes qui appartiennent à l'état chronique, sans présenter la série des symptômes qui caractérisent l'état aigu.

Quelle que soit la manière dont l'hématocèle débute, elle offre plus tard, dans sa marche, des oscillations, des alternatives, qu'il est essentiel de noter et qui proviennent de deux causes, à savoir : la menstruation et le travail de résorption qui s'opère autour du caillot.

Dans toutes les observations soigneusement recueillies, on a signalé une recrudescence, qui se manifeste à l'époque habituelle des règles, chez les malades atteintes d'hématocèle péri-utérine. Que l'éruption menstruelle s'effectue ou ne s'effectue pas, constamment, à cette époque, des douleurs plus vives se font sentir dans le bas-ventre ; le malaise augmente ; il survient un léger mouvement fébrile ; et, si l'on explore la tumeur, on la trouve douloureuse au toucher et très-sensiblement augmentée de volume. Ces phénomènes, qui se produisent sous l'influence de la fluxion sanguine dont les organes pelviens sont alors le siége, peuvent atteindre quelquefois un assez

haut degré d'intensité et rappeler tous les accidents caractéristiques de la période aiguë.

Toute autre cause qui, à la manière de la menstruation, a pour effet de congestionner l'utérus et ses annexes, produit les mêmes désordres et donne lieu à une recrudescence du même genre. Ainsi agissent les rapports sexuels, l'exercice de l'équitation, les secousses d'une voiture mal suspendue, les bains chauds, etc.

Les émotions morales vives, par le trouble qu'elles produisent dans l'innervation et par l'ébranlement qu'elles occasionnent dans le système circulatoire, peuvent aussi provoquer dans les symptômes de l'hématocèle des redoublements semblables à ceux qu'elles déterminent dans les phlegmasies péri-utérines.

La seconde cause de recrudescence est, comme nous l'avons dit, le travail de résorption. Dupuytren a bien décrit le mécanisme de ce travail, qu'il a très-justement comparé à celui de la digestion. Quand les parties liquides de l'épanchement ont été résorbées, la membrane, qui forme la paroi de la poche, se trouve en contact immédiat avec le caillot. Celui-ci, agissant à la manière d'un corps étranger, irrite la paroi du foyer et produit une subinflammation et une supersécrétion de sérosité. Les couches les plus superficielles du caillot, baignées et pénétrées par ce liquide, se séparent du reste de la masse sanguine, se dissolvent, se mélangent avec la sérosité et rentrent avec elle dans le torrent circulatoire. Le caillot se trouve, de nouveau, en contact direct avec la membrane qui l'entoure, et alors se renouvelle la série des phénomènes que nous venons d'exposer. Il en est ainsi jusqu'à ce que le caillot, réduit à ceux de ses éléments qui sont réfractaires à l'absorption, se convertisse en une masse fibreuse plus ou moins volumineuse. Chaque fois que se produit le travail d'irritation sécrétoire qui prépare l'absorption et précède la dissolution du caillot, on voit se manifester une recrudescence analogue à celle qui signale l'époque menstruelle; la tumeur est plus volumineuse que les jours précédents, et, au lieu d'être dure et résistante dans toute son étendue, on constate qu'elle contient des parties solides et des parties liquides. Quand l'irritation sécrétoire cesse, tout rentre dans le calme; et lorsque la résorption s'est emparée des parties liquides ou liquéfiées, la tumeur reprend la consistance qu'elle avait auparavant, et paraît notablement diminuée de volume. C'est ainsi qu'à l'aide d'une exploration attentive, pratiquée alternativement au moment des recru-

descences et dans leur intervalle, on peut, en quelque sorte, suivre du doigt le retrait de l'hématocèle et les progrès de la résorption du caillot.

La durée de l'hématocèle est évidemment subordonnée à l'activité plus ou moins grande du travail d'absorption.

Or, l'activité de l'absorption dépend de plusieurs conditions, dont les unes appartiennent à la tumeur elle-même, les autres à la constitution des malades.

L'absorption est plus rapide dans un petit épanchement que dans une tumeur sanguine volumineuse, dans une hématocèle sous-péritonéale que dans une hématocèle intra-péritonéale (la force d'absorption du tissu cellulaire étant plus grande que celle des membranes séreuses).

L'hématocèle est plus tôt résorbée chez une malade d'une bonne constitution, dont toutes les fonctions s'accomplissent avec énergie et régularité, que chez un sujet faible, mal portant, dont les fonctions sont languissantes. Enfin, il est inutile d'ajouter qu'une hématocèle convenablement traitée guérit plus vite qu'une hématocèle abandonnée aux seules ressources de la nature, ou soumise à un traitement insuffisant ou mal dirigé.

La durée moyenne d'une hématocèle péri-utérine varie depuis trois semaines jusqu'à trois et même six mois et au delà.

M. Voisin a signalé dans sa thèse cinq cas de mort subite occasionnée par l'hématocèle.

Le premier exemple est tiré des *Mémoires et consultations de médecine légale*, de Chaussier. « Une femme enceinte de cinq mois environ fait un voyage, qui dure une partie de la journée, sur un chemin rempli d'ornières et dans une charrette non suspendue; elle est rudement cahotée, en éprouve une grande fatigue, et meurt subitement la nuit suivante. On trouva, à l'ouverture, une grande quantité de sang épanché sous le péritoine, dans le côté droit du ventre. L'hémorrhagie avait été provoquée par la rupture d'une des veines de l'ovaire droit. »

La seconde observation appartient à M. Fénerly; il est question d'une femme qui mourut subitement avec les symptômes d'une péritonite suraiguë; on trouva une grossesse tubaire et un épanchement de sang abondant dans le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin.

Dans les *Annales d'hygiène publique* (juillet 1854), M. Tardieu rap-

porte deux cas de mort subite survenue à la suite d'excès de coït chez deux femmes atteintes d'hématocèles récentes.

Une autre femme, observée par M. Tardieu, a succombé presque subitement après avoir reçu un coup de pied sur la hanche gauche. A l'autopsie, on trouva une vaste collection sanguine dans le bassin.

Quoi qu'il en soit, de pareils exemples doivent être considérés comme exceptionnels, et nous pouvons dire que la terminaison par la mort est rare dans l'hématocèle péri-utérine.

Abandonnée à elle-même, l'hématocèle peut se terminer de différentes manières : 1° par la résorption du sang épanché; 2° par l'évacuation du liquide au dehors, soit par le rectum, soit par le vagin; 3° par l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale, si l'hématocèle est située sous le péritoine.

La terminaison par résolution est heureusement la *plus commune*. Elle s'annonce par la marche régulière des phénomènes, la diminution progressive des troubles fonctionnels, le retrait graduel de la tumeur et son passage par la série de modifications que nous avons décrites tout à l'heure et qui caractérisent les différentes phases de la résorption. A mesure que la tumeur diminue, l'état général des malades s'améliore; l'ordre rentre successivement dans les fonctions circulatoires; l'appétit renaît, les forces reparaissent; le teint se colore, l'embonpoint revient, et les malades ne tardent pas à reprendre tous les attributs de la santé.

Dans des cas plus rares, le travail de résolution s'arrête brusquement et sans cause connue. La malade est prise soudain de douleurs très-aiguës, lancinantes, dans le bas-ventre, de frissons, de fièvre vive, de nausées, de vomissements. La tumeur devient plus chaude, plus tendue, plus rénitente, plus sensible à la pression, et un peu plus volumineuse qu'auparavant. Le plus souvent, ces accidents généraux et locaux cessent après quelques jours de durée, et sont suivis de l'issue spontanée d'un sang noir, épais, visqueux, mélangé quelquefois de grumeaux et de pus, soit par le rectum, soit par le vagin; il résulte des faits observés jusqu'à ce jour que l'hématocèle s'ouvre plus souvent par le rectum que par le vagin.

« Si la tumeur se vide dans le vagin, la malade, à l'occasion d'un effort plus ou moins considérable, pendant l'acte de la défécation par exemple, voit s'écouler par la vulve les matériaux qui constituent la collection sanguine » (Nélaton). Si la poche se vide dans le rectum, la malade éprouve subitement un besoin irrésistible d'aller

à la garderobe, et la débâcle succède alors à la constipation rebelle des jours précédents ; pendant quelques jours les selles sont abondantes et mélangées de sang.

L'évacuation de l'hématocèle péri-utérine est immédiatement suivie d'un grand soulagement. La pesanteur périnéale, le ténesme, les douleurs expulsives disparaissent presque tout d'un coup ; l'incontinence ou la rétention d'urine cesse en même temps que la constipation.

A mesure que le contenu de la poche sanguine est évacué, soit par le vagin, soit par le rectum, la tumeur s'affaisse et diminue de consistance et de volume. Peu à peu la quantité de sang rendue va en décroissant. Enfin, lorsque la tumeur a entièrement disparu, la perforation qui la faisait communiquer avec un des organes creux du voisinage s'oblitère et se cicatrise ; l'écoulement du sang par la vulve s'arrête et les garderobes reprennent leur caractère normal.

On trouve dans la science quelques observations où l'ouverture de l'hématocèle dans le rectum ou dans le vagin n'a pas eu l'heureuse issue que nous venons de faire connaître. Dans les cas malheureux, le soulagement qui suit immédiatement l'évacuation de la tumeur n'est pas de longue durée ; une nouvelle recrudescence ne tarde pas à succéder à cet amendement passager. Alors la tumeur, se vidant incomplétement, devient le siége de phénomènes inflammatoires ; le sang rendu en petite quantité est sanieux, fétide, mélangé de pus. La malade souffre, languit ; son état général s'aggrave ; des frissons irréguliers surviennent, la peau prend une teinte cachectique, la fièvre hectique s'allume, et la mort arrive après tous les accidents de l'infection putride.

Ce mode de terminaison par la mort est assez rare. Une autre terminaison, aussi peu fréquente, mais dont il existe des observations inconstestables, c'est l'ouverture de l'hématocèle péri-utérine dans le péritoine.

On voit, dans ce cas, se manifester, au début, les mêmes accidents que nous avons signalés plus haut en parlant de la recru descence qui précède l'évacuation de la poche sanguine au dehors ; mêmes phénomènes inflammatoires du côté de la tumeur, mêmes symptômes généraux. Seulement ces accidents, au lieu de diminuer comme précédemment, prennent tout à coup les proportions les plus graves. Les douleurs deviennent atroces et se répandent dans tout le ventre ; l'abdomen devient tout à coup tendu, ballonné à

l'excès; des vomissements violents et opiniâtres se produisent; le pouls est petit, dépressible et d'une fréquence excessive; la face se grippe, les yeux s'excavent; le corps, agité par des frissons, se recouvre d'une sueur froide et visqueuse; les malades meurent en quelques heures, en proie à une péritonite suraiguë. A l'autopsie, on trouve l'hématocèle communiquant par une déchirure avec la cavité séreuse, et du sang répandu en profusion dans le péritoine.

Ce genre de terminaison de l'hématocèle péri-utérine, qui n'est contesté par personne, doit appartenir presque exclusivement à l'hématocèle extra-péritonéale; il est inutile sans doute d'insister sur ce point; on comprend, en effet, que les collections sanguines situées en dehors du péritoine peuvent seules s'ouvrir dans la cavité de cette séreuse.

On conçoit difficilement que l'ouverture du foyer dans le péritoine soit admise par ceux qui nient l'existence de l'hématocèle sous-péritonéale. M. Voisin, qui n'admet pas ce genre d'hématocèle, non-seulement considère ce mode de terminaison comme possible, mais encore il en rapporte plusieurs exemples dans sa thèse. En présence d'une telle contradiction, nous pensons qu'il vaut mieux se rendre à l'évidence de l'observation clinique que de soutenir des théories exclusives, qui sont insuffisantes pour rendre compte de tous les faits.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'hématocèle présente plusieurs questions à résoudre. Il faut, avant tout, s'attacher à préciser la nature de la lésion et la distinguer des tumeurs analogues de la même région. Puis, l'existence de l'hématocèle une fois reconnue, on doit rechercher soigneusement le siége de l'épanchement sanguin, et même, s'il est possible, déterminer, au moins approximativement, son degré d'ancienneté.

Nous allons indiquer, d'une manière sommaire, les principaux éléments qui peuvent concourir à la solution de ces différentes questions.

Les tumeurs du bassin avec lesquelles on peut confondre l'hématocèle péri-utérine sont liquides ou solides. Les tumeurs liquides ou demi-liquides sont les abcès, les kystes séreux, les kystes de l'ovaire, la grossesse extra-utérine, l'hydrométrie et les tumeurs stercorales. Les tumeurs solides sont le phlegmon péri-utérin, les corps fibreux

de l'utérus, les productions cancéreuses de cet organe, les déviations, etc.

La connaissance exacte des caractères essentiels et pathognomoniques de l'hématocèle péri-utérine, les considérations tirées de son mode d'invasion et de sa marche, doivent, avant tout, servir de base au diagnostic. L'hématocèle présente une physionomie si spéciale, tant dans ses signes locaux que dans ses phénomènes généraux, qu'il serait bien difficile, pour un praticien attentif, de la confondre avec la plus grande partie des tumeurs que nous venons d'énumérer. Les seules lésions avec lesquelles l'hématocèle péri-utérine puisse être aisément confondue et dont elle n'a pas pu être toujours nettement distinguée, sont le phlegmon et les abcès qui se développent assez fréquemment dans la même région, au voisinage de l'utérus. Aussi insisterons-nous plus particulièrement sur ces distinctions.

Pour ce qui concerne les autres tumeurs, nous ne croyons pas devoir revenir ici sur leur diagnostic différentiel avec l'hématocèle, en raison des développements dans lesquels nous sommes entrés sur ce sujet, à l'occasion du phlegmon péri-utérin (voy. p. 708).

C'est seulement dans son état aigu, c'est-à-dire quand elle est encore liquide, que l'hématocèle peut être confondue avec les tumeurs liquides. Il est alors bien difficile de distinguer cette affection des kystes séreux ovariques ou rétro-utérins, de l'hydrométrie et de la grossesse extra-utérine. Mais l'hématocèle présente, à son début et dans toute sa période aiguë, des symptômes qui n'appartiennent à aucune des tumeurs que nous venons de nommer; ces symptômes sont : la métrorrhagie, des douleurs vives, le développement du ventre, survenant brusquement à l'époque des règles et s'accompagnant de nausées, de vomissements, de fièvre, de pâleur générale, de tendance au refroidissement, de tous les signes enfin qui caractérisent les hémorrhagies. A l'aide du toucher vaginal, on distingue l'hématocèle des kystes séreux rétro-utérins par la consistance différente de la tumeur; on la distingue des kystes ovariques et de l'hydrométrie, par la détermination précise du siége de la lésion. Enfin le toucher rectal permet de reconnaître aisément les tumeurs stercorales. Quant aux abcès rétro-utérins, leur diagnostic est souvent entouré des plus grandes obscurités : les symptômes généraux sont analogues à ceux de l'hématocèle, et les signes locaux sont à peu près identiques. C'est donc surtout la marche de la maladie qui

peut fournir d'utiles renseignements. On doit se rappeler que les abcès surviennent le plus souvent après les couches, qu'ils se montrent très-rarement à la suite des règles, et qu'ils ne s'accompagnent pas de métrorrhagie, comme l'hématocèle. Enfin, on constate quelquefois dans l'état général, dans le *facies*, dans l'habitude extérieure des malades, les signes spéciaux qui annoncent la formation du pus dans l'organisme. Ajoutons qu'en général l'hématocèle a de la tendance à se terminer par résolution en suivant une marche décroissante, tandis que les accidents produits par les abcès vont toujours en s'aggravant, jusqu'à ce qu'une issue artificielle ou spontanée soit ouverte au pus.

D'ailleurs, dans les cas difficiles, quand le diagnostic ne peut être suffisamment éclairé ni par les caractères de la tumeur, ni par la marche de l'affection, ni par l'état général, on doit recourir, pour lever tous les doutes, à la ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire, ou mieux encore avec l'aspirateur du docteur Dieulafoy.

Dans une période plus avancée, lorsque les parties liquides de l'épanchement ont été résorbées et que l'hématocèle n'est plus constituée que par des caillots, on peut la confondre avec les tumeurs solides de la région péri-utérine.

On distingue alors l'hématocèle d'une tumeur solide, polype, fibrome, cancer, développée dans la paroi utérine postérieure, à l'aide des signes fournis par le toucher vaginal et le palper abdominal réunis. Ces deux modes d'exploration permettent de s'assurer, en imprimant des mouvements convenables à l'utérus, que la tumeur est ou n'est pas dépendante de cet organe. Si la tumeur suit exactement les mouvements communiqués à la matrice, il est probable qu'on n'a point affaire à une hématocèle, ni à toute autre tumeur extra-utérine.

M. Voisin cite dans sa thèse, d'après Mikschik, un cas de grossesse avec rétroversion prise pour une hématocèle. En lisant attentivement la relation de ce fait, on comprend difficilement qu'une telle erreur ait pu être commise, et surtout qu'un trocart ait été plongé dans une tumeur dont la nature était mal déterminée. Pour éviter une si grave méprise, il suffit de se rappeler que, dans la grossesse, la tumeur se confond avec l'utérus, tandis que, dans l'hématocèle, la matrice est toujours distincte de la tumeur et le plus souvent située au devant d'elle. Quand, par exception, l'utérus ne proémine pas au davant de la tumeur, il est prudent de s'abstenir

de toute opération et d'attendre que l'évolution ultérieure de la lésion vienne éclairer le diagnostic.

Il n'est pas facile d'établir le diagnostic différentiel du phlegmon péri-utérin chronique et de l'hématocèle dont la partie liquide a disparu. Voici à quels signes on peut distinguer ces deux lésions : En général, la tumeur formée par l'hématocèle est un peu plus volumineuse que celle du phlegmon péri-utérin. A cette période, l'hématocèle n'est plus sensible à la pression ou ne conserve qu'un très-faible degré de sensibilité morbide; tandis que la tumeur phlegmoneuse est encore plus ou moins douloureuse. On ne trouve pas de battements artériels à la surface de l'hématocèle; on en rencontre, d'une manière presque constante, à la surface des tumeurs phlegmoneuses anciennes. Enfin, l'hématocèle est le plus souvent située dans le cul-de-sac rétro-utérin, à la partie postérieure de la matrice; le phlegmon chronique est placé quelquefois derrière l'utérus, mais le plus ordinairement sur les parties latérales.

Comme on le voit, le diagnostic différentiel de l'hématocèle, à sa période d'induration, et du phlegmon péri-utérin chronique ne repose guère que sur des nuances. Et, en effet, les signes de ces deux espèces de tumeurs sont quelquefois tellement semblables, qu'il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'arriver à les discerner; alors il est nécessaire de s'éclairer des particularités du début et de la marche de l'affection. D'ailleurs, ainsi que nous avons eu déjà l'occasion de le dire, l'erreur ne saurait, dans cette circonstance, entraîner à des conséquences fâcheuses, puisque les deux maladies réclament, comme on le verra, la même médication.

L'existence de l'hématocèle péri-utérine étant bien constatée, il importe d'en déterminer le siége précis. Nous dirons, en parlant du traitement, combien il est utile de s'assurer si l'épanchement occupe le cul-de-sac péritonéal ou s'il est situé en dehors de la cavité séreuse.

Quand la tumeur descend jusque dans la cloison recto-vaginale et qu'elle dépasse de 2 ou 3 centimètres le museau de tanche, surtout si elle se rapproche de l'anus, dont nous l'avons trouvée parfois distante seulement de 3 centimètres; si, en même temps, le col de l'utérus est refoulé, pressé contre le pubis et le corps de l'organe élevé au-dessus de la symphyse pubienne, enfin si, déplacé en masse, il est porté, non pas en haut, comme l'a dit M. Prost, mais en avant, on peut affirmer que l'hématocèle est extra-péritonéale ou sous-

péritonéale. Dans ce cas, l'examen avec le spéculum permet de constater la teinte violacée du cul-de-sac vaginal, refoulé par la tumeur sanguine. Ce signe, sur lequel a insisté aussi M. Huguier, est, à nos yeux, d'une grande valeur; il donne au diagnostic un haut degré de certitude.

Lorsque, au contraire, l'hématocèle est intra-péritonéale, cette coloration violacée de la muqueuse vaginale n'existe pas; la tumeur, soutenue par le cul-de-sac utéro-rectal, descend moins bas. M. Prost a été trop loin en affirmant que, dans ce cas, l'utérus est toujours refoulé en bas et en avant. En effet, dans l'hématocèle intra-péritonéale, on ne peut assigner à la matrice, comme dans la forme extra-péritonéale, une position fixe, invariable et toujours la même. Dans l'hématocèle intra-péritonéale le corps utérin, au lieu de se trouver constamment à la partie antérieure de la tumeur, est comme perdu au sein de l'épanchement, qui peut proéminer sur ses côtés et même au devant de lui.

Les signes différentiels que nous venons d'indiquer, entre les tumeurs sanguines intra- et extra-péritonéales, sont fournis par l'exploration directe et le toucher vaginal. Il y a d'autres signes d'une moindre importance, moins constants et moins prononcés, ce sont: la douleur, la réaction fébrile et l'altération des traits. Dans l'hématocèle extra-péritonéale, la douleur est plus faible, la sensibilité des parois abdominales moins vive; l'invasion de la maladie plus lente, le pouls moins fréquent, moins petit, moins concentré et le facies moins profondément altéré que dans l'hématocèle intra-péritonéale. Néanmoins nous n'attachons qu'une importance très-secondaire à la valeur diagnostique de ces phénomènes généraux; car ils se présentent quelquefois avec le même degré d'intensité dans les deux formes d'hématocèle.

Enfin, pour établir le diagnostic des différentes périodes de l'hématocèle, il faut rechercher avec précision les caractères propres à chacune des phases de l'évolution de la tumeur, tels que nous les avons décrits à l'occasion de la marche de la maladie.

Pronostic. — Le pronostic de l'hématocèle varie suivant le volume de la tumeur, son siége, le degré de réaction qu'elle provoque, et suivant la constitution des malades, qui exerce, comme nous l'avons dit, une influence plus ou moins favorable sur le travail de résorption. Les développements que nous avons donnés à la des-

cription des divers modes de terminaison de l'hématocèle nous dispensent d'entrer ici dans de plus longs détails. On peut aisément en déduire le pronostic.

L'hématocèle peut quelquefois entraîner la mort des malades; mais, d'après notre observation, cette terminaison est rare : sur quinze cas d'hématocèle bien constatés, nous n'avons perdu qu'une seule malade, et encore il s'agissait dans ce cas d'une grossesse tubaire.

Les hématocèles d'un petit volume sont moins graves et plus promptement guéries que les collections sanguines très-étendues.

L'hématocèle est plus dangereuse quand elle est située dans le péritoine que lorsqu'elle siége dans le tissu cellulaire sous-séreux; aussi sommes-nous portés à croire que la plus grande partie des hématocèles péri-utérines, qui se sont spontanément terminées par une prompte résolution, étaient placées en dehors du péritoine.

Un épanchement sanguin de l'excavation pelvienne guérit plus difficilement chez les malades débilitées que chez les personnes douées d'une bonne constitution, en raison de l'activité plus grande avec laquelle le travail de résolution s'opère chez ces dernières.

L'hématocèle peut laisser à sa suite, soit dans l'ovaire, soit dans la trompe, soit même dans le péritoine, des lésions diverses (adhérences, déviations, oblitérations, atrophies), qui nuisent à la fécondation et même produisent la stérilité. Dans le cas où la fécondation s'effectue, l'utérus peut être arrêté dans son développement par des brides et des adhérences dont il est impuissant à vaincre la résistance : il en résulte alors un arrêt dans la marche de la grossesse et un avortement.

Pathogénie. — La physiologie pathologique de l'hématocèle péri-utérine a donné lieu à des travaux nombreux et à des théories diverses dont nous discuterons la valeur après les avoir exposées sommairement.

Théorie de M. Bernutz, ou de la rétention du sang menstruel et de son reflux par les trompes. — En 1848, avant que la maladie eût reçu le nom qu'elle porte aujourd'hui, M. Bernutz publia, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire sur les collections sanguines du bassin. Il explique la formation de ces épanchements par l'occlusion du col de l'utérus, l'accumulation du sang cataménial dans la cavité

de notre opinion et l'a exposée et developpée dans les termes suivants : « Chaque fois qu'un ovule est expulsé d'une vésicule de de Graaf, l'ovaire, les trompes, l'utérus, deviennent le siége d'un afflux sanguin insolite : les artères y battent avec plus de force ; les veines y sont plus turgides ; la chaleur y croît en proportion ; la muqueuse utérine, gorgée de sang, se gonfle au point de remplir presque entièrement la cavité de cet organe ; bientôt enfin la congestion est à son apogée, et une perte de sang salutaire vient clore cette scène congestive.

» Mais que, par une cause quelconque, un refroidissement subit, une vive émotion morale, cette crise ne puisse s'effectuer ou s'arrête brusquement, ou encore qu'une influence étrangère, telle qu'un coït répété par exemple, vienne imprimer à cette congestion ultime une activité nouvelle, alors le sang, accumulé dans le système utérin, cherche à s'échapper de toute part, et dans cette lutte inégale, il peut rompre un des vaisseaux, soit de l'utérus, soit de l'ovaire, des trompes ou des ligaments larges. »

Nous ajouterons que cette rupture se fait quelquefois dans le parenchyme de l'ovaire, ou sous sa capsule fibreuse ; de telle sorte qu'il se forme dans le tissu ovarique, comme dans le parenchyme cérébral, un foyer apoplectique, qui peut rester un temps plus ou moins long sans se déchirer ; mais, sous l'influence d'une nouvelle fluxion sanguine, les parois de la petite poche apoplectique se rompent, et leur contenu se vide dans la cavité péritonéale ou dans le tissu cellulaire sous-séreux, et il en résulte une hématocèle.

Cette théorie trouve sa confirmation dans l'étude des symptômes et des lésions anatomiques de l'hématocèle.

La théorie de M. Richet repose sur des faits bien observés, et sur des autopsies qui ont permis de constater l'existence de la varice ovarienne et le lieu de sa rupture. Mais M. Richet a été trop loin, à notre avis, en faisant rentrer tous les faits d'hématocèle dans ce cas particulier et en généralisant trop sa théorie. Il l'a certainement appliquée à des cas où l'hématocèle provenait d'une autre cause que la rupture d'une varice ovarienne. Ainsi, il a invoqué à l'appui de cette théorie, tous les cas de mort subite ou prompte par l'hématocèle. Ces faits ne peuvent-ils pas s'expliquer aussi bien par l'apoplexie de l'ovaire, ou par la rupture d'un foyer apoplectique déjà formé ? D'ailleurs si on relit avec soin toutes les autopsies rapportées dans la science, on en trouvera un grand nombre où il

n'est aucunement question de varices du plexus utéro-ovarien.

Quant à la théorie de Trousseau, elle repose sur une base que nous ne saurions admettre, à savoir : la distinction des deux variétés de tumeurs sanguines du bassin. Pour nous, toute collection hématique de l'excavation pelvienne, chez la femme, est une hématocèle péri-utérine, quelle que soit son origine. N'admettant pas les prémisses, nous ne saurions adopter les conséquences ; et d'ailleurs, l'explication de Trousseau est passible des mêmes reproches que celle de M. Nélaton. Il est peu vraisemblable qu'une simple exhalation sanguine à la surface muqueuse du pavillon suffise pour inonder la cavité du bassin, et souvent une partie de la cavité abdominale.

De la discussion qui précède, nous concluons que l'hématocèle péri-utérine peut reconnaître pour causes prochaines :

1° Une apoplexie, ou la rupture d'un foyer apoplectique de l'ovaire;

2° La déchirure d'une veine variqueuse du plexus utéro-ovarien ;

3° La rupture d'un kyste, résultant d'une grossesse extra-utérine, développée, soit dans le trajet de la trompe, comme on en trouve quelques exemples dans la science, soit dans le parenchyme ovarien, soit en dehors de ces organes, dans la cavité péritonéale ou dans le tissu cellulaire péri-utérin.

4° L'hémorrhagie de la trompe, plus particulièrement dans les grossesses tubaires.

Étiologie. — Nous étudierons successivement les causes prédisposantes et les causes occasionnelles de l'hématocèle péri-utérine.

A. **Causes prédisposantes.** — 1° *Générales.* — Jusqu'à présent, la science ne possède aucun exemple d'hématocèle avant l'âge de vingt ans ni après l'âge de quarante-cinq ans. Voici, à cet égard, le relevé fait par M. Voisin : « Sur un total de 33 observations où l'âge est mentionné, une seule femme est âgée de moins de vingt et un ans, et une autre de plus de quarante ans ; 29 ont de vingt et un à trente-cinq ans; 15, de vingt-sept à trente-deux ans. C'est donc à l'âge de trente ans, pris comme moyenne, que les femmes paraissent le plus sujettes à cette affection. » Cet âge correspond à la plus grande activité fonctionnelle de l'utérus et de ses annexes.

Les femmes d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte

et pléthorique, semblent prédisposées à l'hématocèle péri-utérine, comme à toutes les autres variétés d'hémorrhagie. « Sur 18 observations où la constitution a été notée, dit M. Voisin, 12 fois elle était forte, et 6 fois faible. »

On admet avec raison l'influence de l'hérédité sur certaines hémorrhagies. Auguste Bérard en a réuni, dans sa thèse, des cas nombreux et bien observés; mais nous ne croyons pas qu'il existe des exemples analogues pour l'hématocèle.

Les professions et les habitudes doivent jouer ici le même rôle que dans la production des phlegmasies utérines et péri-utérines. Ce que nous avons dit à propos de l'étiologie de la métrite et des phlegmasies péri-utérines nous dispense d'entrer dans de nouveaux détails.

— 2° *Locales.* — Les causes prédisposantes locales sont celles qui dérivent directement ou de l'état anatomique des parties, ou de l'état des fonctions utéro-ovariennes : de là des causes anatomiques et des causes physiologiques.

Parmi les causes *anatomiques*, trois seulement ont été signalées : 1° l'état variqueux du plexus utéro-ovarien; 2° l'imperforation ou le rétrécissement du conduit utérin; 3° l'atrésie de la vulve ou l'imperforation de la membrane hymen. De ces trois causes, la première seule peut avoir une action réelle et directe sur la production de l'hématocèle péri-utérine. Quant aux deux autres, elles n'agissent pas en provoquant le reflux, dans le bassin, du sang accumulé dans l'utérus ou dans le vagin; mais, suivant nous, elles peuvent devenir la source, l'origine d'une fluxion intense du côté des ovaires, amener consécutivement une apoplexie de ces organes ou une rupture de leurs vaisseaux et donner lieu à une hématocèle. Il est possible que les choses se passent ainsi quelquefois, mais jusqu'ici nous manquons de faits qui l'établissent.

Les causes prédisposantes locales *physiologiques* se rattachent à la menstruation, à la grossesse et à l'accouchement. La plus active de ces causes est, sans contredit, la menstruation, en raison de la fluxion sanguine, du *molimen* hémorrhagique qu'elle détermine périodiquement dans l'appareil utéro-ovarien. Ce fait est confirmé par l'observation clinique; car il est reconnu que la plupart des hématocèles surviennent à l'époque menstruelle.

La grossesse extra-utérine, et spécialement la grossesse tubaire, constituent une prédisposition toujours imminente d'hématocèle, à

cause de la rupture possible de la poche fœtale et de son épanchement dans le péritoine.

Enfin on a signalé des exemples d'hématocèle survenue quelques jours après l'accouchement, par suite de la rétrocession du flux lochial; il est probable que l'avortement peut produire les mêmes effets.

Certains états *pathologiques* de l'utérus et des ovaires peuvent aussi prédisposer à l'hématocèle péri-utérine. Ainsi nous admettons que la fluxion permanente que la métrite et les phlegmasies péri-utérines entretiennent dans l'utérus et ses annexes peut donner naissance à l'hématocèle.

B. **Causes occasionnelles.** — On peut distinguer les causes occasionnelles en *directes* et *indirectes*.

1° Parmi les causes directes, nous signalerons : les excès de coït, surtout pendant la menstruation; l'application d'un corps froid sur les organes génitaux : tels que des éponges ou des compresses imbibées d'eau froide, des injections vaginales fraîches, pratiquées pendant l'époque des règles, ainsi que nous en avons observé deux cas; les blessures de l'utérus, les tentatives d'avortement, les manœuvres obstétricales, un accouchement laborieux, etc. Il est possible que le contact trop prolongé des pessaires, et surtout l'emploi des redresseurs intra-utérins, produisent des effets semblables.

2° Les causes indirectes les plus fréquentes sont : les chutes sur le siége, les coups sur l'abdomen, les courses prolongées, les sauts, les cahotements d'une voiture, en un mot toutes les violences extérieures, particulièrement pendant la menstruation ou dans l'état de grossesse; l'impression du froid à la surface du corps, surtout à l'époque des règles; les émotions morales vives et brusques, au moment du flux cataménial.

En résumé, toutes les circonstances capables d'accroître la fluxion menstruelle ou d'en arrêter brusquement le cours, peuvent concourir à la production des tumeurs sanguines intra-pelviennes.

Thérapeutique. — Le traitement de l'hématocèle, envisagé dans son ensemble, comprend trois ordres de moyens : les uns prophylactiques, les autres médicaux, les troisièmes empruntés à la chirurgie.

1° **Traitement préventif.** — Le précepte hygiénique qui résume, en quelque sorte, toute la prophylaxie de l'hématocèle consiste à éloigner toutes les circonstances et à éviter toutes les influences capables d'augmenter le mouvement fluxionnaire dont les organes génitaux sont le siége à l'époque des règles, ou de provoquer une brusque rétrocession du flux menstruel.

2° **Traitement médical.** — Le traitement médical se compose de tous les moyens propres à favoriser le travail de résorption de la tumeur, à maintenir ce travail dans de justes limites, et à conjurer les accidents qui accompagnent l'inflammation du foyer hémorrhagique, ou à prévenir son ouverture dans un des viscères qui l'entourent.

En définissant ainsi le traitement médical, nous tranchons une question encore débattue, celle de savoir s'il est nécessaire ou même utile d'intervenir en présence d'une hématocèle péri-utérine. Quelques pathologistes, invoquant un certain nombre de cas de guérison par la résolution spontanée de la tumeur, ont conseillé la méthode expectante, dans la rigoureuse acception du mot, c'est-à-dire l'abstention. Suivant ces auteurs, le repos absolu, un régime doux, quelques laxatifs, des cataplasmes émollients sur l'abdomen quand les douleurs sont trop vives, des bains entiers de temps en temps, constituent toute la thérapeutique de l'affection qui nous occupe. Sans doute, ces moyens peuvent suffire dans bien des circonstances; mais ce n'est pas une raison pour faire de l'expectation une règle générale. En effet, on est loin d'être assuré que l'hématocèle, abandonnée aux seuls efforts de la nature, suive toujours une marche régulière et tende, par la voie la plus sûre et la plus courte, vers la résolution. Il est, à notre avis, plus rationnel, plus conforme aux règles d'une saine pratique, de recourir à tous les moyens capables d'amener une heureuse terminaison. Nous croyons, par conséquent, que loin de s'abstenir, on doit chercher à remplir les indications suivantes:

1° Modérer la fluxion sanguine et arrêter le molimen hémorrhagique;

2° Combattre les symptômes de péritonite partielle qui signalent presque toujours le début de l'hématocèle;

3° Favoriser et même activer le travail de l'absorption;

4° Modérer le travail d'irritation sécrétoire et le contenir dans

les limites nécessaires à la dissolution du caillot et à la résorption de ses éléments;

5° Prévenir ou tempérer les recrudescences qui se manifestent à l'époque des règles.

C'est, suivant nous, en obéissant à ces cinq grandes indications, qu'on arrive le plus sûrement à préserver les malades des accidents funestes qu'entraîne la rupture du foyer dans le péritoine.

Le premier, le plus efficace des moyens propres à satisfaire à toutes ces indications, c'est la saignée générale. Son utilité, déjà constatée par Lisfranc et par Dupuytren dans les engorgements de l'utérus, et, par nous-mêmes, dans les phlegmasies péri-utérines, repose sur une double action déplétive et dérivative. En dérivant, la saignée, au début, arrête l'hémorrhagie; elle constitue, dans certains cas déterminés, un excellent hémostatique. En diminuant la masse du sang, en désemplissant le système circulatoire, elle favorise, elle active l'absorption du liquide épanché; les expériences de Magendie ont mis dans tout son jour cette donnée physiologique. Enfin, par son action essentiellement antiphlogistique, elle peut être employée avec avantage contre les accidents de péritonite partielle du début et contre les recrudescences inflammatoires, qui se manifestent dans le cours de la maladie et sur lesquelles nous avons insisté longuement. La plupart des auteurs ont rejeté l'emploi de la saignée générale dans l'hématocèle péri-utérine. Mais, en tenant compte des données fournies par la théorie et par la pratique, nous pensons que cette médication employée avec mesure peut avoir une heureuse influence sur la marche de l'hématocèle, et nous n'hésitons pas à lui attribuer une partie des bons résultats que nous avons obtenus. Néanmoins, nous ne sommes pas d'avis d'y recourir d'une manière absolue; nous ne la conseillons et nous ne la pratiquons que lorsque l'état général et les forces des malades n'en contre-indiquent pas l'emploi. Une constitution débilitée, un état de faiblesse et d'épuisement sont pour nous une contre-indication formelle de la saignée; une constitution assez robuste ou même moyenne, des accidents locaux intenses, une réaction générale développée, nous paraissent des raisons suffisantes pour y recourir. Nous la pratiquons encore, dès que nous voyons se manifester les signes d'une recrudescence, ainsi qu'à la suite des redoublements qui surviennent à l'époque des règles. La saignée doit être proportionnée aux forces des malades, au volume de la

tumeur et à l'intensité des accidents; elle doit être, en moyenne, de 60 à 80 grammes et ne jamais dépasser 100 grammes.

La saignée locale n'a pas rencontré la même opposition que la saignée générale. La plupart des auteurs s'accordent à en recommander l'usage. Cependant les émissions sanguines locales n'ont pas toujours produit de bons résultats. En effet, si elles sont peu copieuses, elles peuvent être nuisibles, en appelant le sang vers le foyer hémorrhagique. Si elles sont plus abondantes, elles peuvent être avantageuses, mais elles le sont alors au même titre et pour les mêmes raisons que la saignée générale. Aussi nous conseillons l'emploi des sangsues dans des cas exceptionnels. On peut y avoir recours, par exemple, lorsqu'il survient des accidents inflammatoires assez intenses du côté de la tumeur sanguine, soit concurremment avec la saignée générale, soit isolément, suivant l'état des forces de la malade.

Le nombre des sangsues doit varier depuis six jusqu'à dix ou quinze, selon les indications.

Il faut les appliquer sur l'hypogastre, au niveau, ou mieux encore autour de la tumeur. Quelques auteurs conseillent de les mettre à l'anus ; ce n'est pas notre opinion ; nous n'approuvons pas davantage l'application des sangsues à la vulve ou à la partie interne des cuisses.

Les vésicatoires ont été préconisés dans le traitement de l'hématocèle péri-utérine. Nous pensons qu'on ne doit pas y avoir recours dans la première période et même au début de la seconde période. Les larges vésicatoires volants, appliqués sur le bas-ventre, ne sont utiles qu'au déclin de la maladie, ou bien encore lorsque la tumeur sanguine reste stationnaire, qu'elle diminue lentement de volume, et que le travail de résolution, devenu languissant, a besoin d'être stimulé ou activé.

Tels sont les principaux moyens médicaux à opposer à l'hématocèle; nous allons en faire connaître d'autres, qu'il est fort important d'associer aux premiers, et qui leur servent, pour ainsi dire, d'adjuvants.

Il est quelquefois utile de recourir aux réfrigérants, appliqués sur le bas-ventre, ou à la partie supérieure des cuisses, pour modérer ou arrêter le molimen hémorrhagique.

Les sinapismes ou les cataplasmes sinapisés, promenés sur les membres supérieurs, les manuluves irritants fréquemment répétés,

nous ont paru d'une grande utilité, surtout chez les malades qui ne sont pas en état de supporter la saignée.

Les onctions mercurielles sur l'hypogastre ne doivent pas être négligées. Elles agissent, comme les résolutifs, contre les accidents inflammatoires qui se manifestent dans le foyer de l'épanchement. Ces onctions doivent être faites à haute dose, et répétées au moins deux fois par jour.

De larges cataplasmes ou des fomentations émollientes seront tenus constamment appliqués sur le ventre.

On combattra l'excès des douleurs par les préparations d'opium, de belladone, de jusquiame, par le chloroforme, le chloral, etc. ; la constipation, par des laxatifs légers (l'huile de ricin ou le calomel), par des lavements émollients ou huileux ; la rétention ou l'incontinence d'urine, par des moyens appropriés.

Les bains entiers, les seuls qui peuvent être prescrits, conviennent particulièrement à la deuxième période de la maladie, lorsque tous les accidents aigus ont disparu, et qu'on peut sans inconvénient déplacer les malades. Il est très-important de veiller à ce que la température des bains soit modérée et reste constante. Leur durée ne doit pas dépasser une demi-heure.

Les malades doivent garder le repos absolu et la position horizontale, le siége peu élevé ou placé dans une situation légèrement déclive.

Les boissons froides, la glace même, l'eau de Seltz, conviennent au début, contre les nausées et les vomissements.

Dans les premiers jours, il faut soumettre les malades à une diète absolue. A mesure que les accidents diminuent, on permet une nourriture légère, un régime doux, des aliments d'une digestion facile.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité de suivre attentivement les phases de la maladie, d'en surveiller la marche avec attention, de se mettre en garde contre les recrudescences et de les combattre activement, aussitôt qu'elles se manifestent.

Lorsque la résolution de la tumeur est évidente, que la malade, désormais à l'abri de tout accident inflammatoire, entre franchement en convalescence, on doit relever ses forces et refaire sa constitution par les moyens toniques et reconstituants empruntés à la matière médicale et au régime : préparations ferrugineuses et de quinquina ; vins généreux, viandes rôties, etc.

développement de la tumeur, et la crainte de son ouverture dans le péritoine.

Ceux qui rejettent l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hématocèle péri-utérine, se fondent principalement sur les trois raisons suivantes :

1° Que la tumeur guérit le plus souvent par les seules ressources de la nature ;

2° Que la ponction est assez fréquemment suivie de graves accidents ;

3° Que l'épanchement étant presque toujours intra-péritonéal, n'est pas sans danger d'intéresser le péritoine pour l'évacuer.

Nous avons répondu d'avance à cette dernière objection, en démontrant, plus haut, l'existence des hématocèles sous-péritonéales, et nous allons voir quel parti on doit tirer de cette distinction dans le traitement.

La deuxième objection est sans valeur à nos yeux. Sans doute, de graves accidents peuvent suivre la ponction ; mais ces accidents n'arrivent, en général, que lorsque l'opération est mal faite, les soins consécutifs mal dirigés, ou bien lorsqu'on néglige, pour la pratiquer, certaines indications que nous allons faire connaître et qui nous paraissent indispensables.

Quant à la première objection, nous l'avons déjà résolue, en partie, un peu plus haut, à l'occasion du traitement médical ; nous avons démontré, en effet, par les résultats de notre statistique, que l'hématocèle est plus sûrement guérie lorsqu'on la combat par une médication active, que si on l'abandonne aux seules ressources de la nature.

Les résultats que nous a donnés la ponction viennent confirmer encore notre opinion sur l'utilité de l'intervention de l'art dans le traitement de cette affection. En effet, sur trois cas de ponction, nous avons obtenu trois guérisons.

Mais, pour apprécier la valeur relative de la médication expectante et de la médication active, il ne suffit pas de déterminer quelle est celle des deux méthodes qui a donné le plus de guérisons, il faut encore savoir quelle est celle qui a donné les guérisons les plus rapides. Nous n'hésitons pas à dire qu'une intervention active et appropriée à chaque cas nous a paru avoir des avantages marqués et incontestables. Dans quelques circonstances, où des conditions ex-

Telle est la méthode de traitement que nous avons adoptée, et dont l'efficacité a été sanctionnée par l'expérience, ainsi que le démontre la statistique suivante:

Sur vingt-trois cas d'hématocèle péri-utérine que nous avons observés et traités depuis 1852, nous n'avons perdu qu'une seule malade, encore se trouvait-elle dans des conditions manifestes d'incurabilité. Elle avait, en effet, une hématocèle intra-péritonéale consécutive à une grossesse tubaire, ainsi que nous l'avons constaté à l'autopsie.

Sur les vingt-deux malades guéries, trois avaient subi la ponction de la tumeur; les dix-neuf autres avaient été soumises à la médication que nous venons d'exposer. Nous aurions eu probablement de plus nombreux succès à enregistrer, si notre attention avait été fixée depuis un temps plus long sur l'hématocèle péri-utérine. Car il est vraisemblable qu'avant de connaître cette maladie, nous l'avons plus d'une fois confondue avec le phlegmon péri-utérin; or, comme notre méthode de traitement pour les deux affections repose sur les mêmes principes et est à peu près identique, nous pouvons supposer que cette médication a dû réussir, avant 1851, à faire disparaître plus d'une tumeur sanguine du bassin méconnue.

3° **Traitement chirurgical.** — Les tumeurs sanguines du bassin étant facilement accessibles en divers points, il était bien naturel de leur appliquer les procédés opératoires dont la chirurgie dispose pour l'évacuation des tumeurs liquides en général. Aussi voyons-nous, dès le principe, Récamier donner issue au sang épanché, dans les deux premiers cas qu'il observe. Il est même à remarquer que cet illustre médecin n'attendit point, pour agir, que des accidents graves se fussent développés; il pratiqua la ponction de bonne heure; et la guérison fut rapide. Ces deux succès devaient engager désormais les chirurgiens à suivre l'exemple de Récamier; c'est, en effet, ce qui eut lieu d'abord; mais quelques-unes de ces opérations ayant mal réussi, beaucoup de praticiens aimèrent mieux s'abstenir et confier à la nature la guérison de l'hématocèle péri-utérine.

M. Nélaton, qui avait d'abord été partisan de la ponction, la proscrit aujourd'hui d'une manière à peu près absolue, ou, pour nous servir des expressions mêmes de son élève, M. Voisin, il ne la pratique que lorsqu'il y est contraint par la violence des douleurs, le

développement de la tumeur, et la crainte de son ouverture dans le péritoine.

Ceux qui rejettent l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hématocèle péri-utérine, se fondent principalement sur les trois raisons suivantes :

1° Que la tumeur guérit le plus souvent par les seules ressources de la nature ;

2° Que la ponction est assez fréquemment suivie de graves accidents ;

3° Que l'épanchement étant presque toujours intra-péritonéal, n'est pas sans danger d'intéresser le péritoine pour l'évacuer.

Nous avons répondu d'avance à cette dernière objection, en démontrant, plus haut, l'existence des hématocèles sous-péritonéales, et nous allons voir quel parti on doit tirer de cette distinction dans le traitement.

La deuxième objection est sans valeur à nos yeux. Sans doute, de graves accidents peuvent suivre la ponction ; mais ces accidents n'arrivent, en général, que lorsque l'opération est mal faite, les soins consécutifs mal dirigés, ou bien lorsqu'on néglige, pour la pratiquer, certaines indications que nous allons faire connaître et qui nous paraissent indispensables.

Quant à la première objection, nous l'avons déjà résolue, en partie, un peu plus haut, à l'occasion du traitement médical ; nous avons démontré, en effet, par les résultats de notre statistique, que l'hématocèle est plus sûrement guérie lorsqu'on la combat par une médication active, que si on l'abandonne aux seules ressources de la nature.

Les résultats que nous a donnés la ponction viennent confirmer encore notre opinion sur l'utilité de l'intervention de l'art dans le traitement de cette affection. En effet, sur trois cas de ponction, nous avons obtenu trois guérisons.

Mais, pour apprécier la valeur relative de la médication expectante et de la médication active, il ne suffit pas de déterminer quelle est celle des deux méthodes qui a donné le plus de guérisons, il faut encore savoir quelle est celle qui a donné les guérisons les plus rapides. Nous n'hésitons pas à dire qu'une intervention active et appropriée à chaque cas nous a paru avoir des avantages marqués et incontestables. Dans quelques circonstances, où des conditions ex-

d'argent ou une sonde de caoutchouc, d'un calibre suffisant pour faciliter l'écoulement du sang et permettre de pratiquer des injections dans le foyer.

L'évacuation de l'hématocèle est immédiatement suivie d'un soulagement prononcé. Quelques jours après, le liquide qui s'écoule de la tumeur prend une odeur fétide, occasionnée par l'entrée de l'air et la fermentation putride qui en résulte.

Pour prévenir les effets nuisibles de cette décomposition sur l'économie, il est nécessaire de pratiquer chaque jour, matin et soir, des injections d'eau tiède dans la tumeur. Plus tard, lorsque la poche ne renferme plus de caillots, quand le liquide prend l'aspect purulent, on remplace les injections aqueuses par des injections iodées, ou par des injections d'acide phénique ou d'acide thymique.

En même temps, on a prescrit de couvrir le ventre de cataplasmes et de fomentations émollientes.

Il est utile aussi d'entourer le lit des malades de vases contenant du chlorure de chaux délayé dans l'eau, afin de désinfecter l'air qu'elles respirent.

Quant au régime, il doit être surtout analeptique et approprié aux forces digestives et à l'état général du sujet.

CHAPITRE XI.

DES KYSTES DE L'OVAIRE

DÉFINITION. — On désigne sous le nom de kystes de l'ovaire des tumeurs développées aux dépens de la substance de cet organe, et formées par une ou plusieurs poches membraneuses renfermant une matière de consistance et de composition variables, le plus souvent liquide ou demi-liquide.

Ces tumeurs diffèrent par leur siége et leur structure des kystes séreux extra-ovariques, situés entre les deux feuillets des ligaments larges, et que Follin regarde comme une altération de l'organe de Rosenmüller. Toutefois, cette distinction, justifiée et intéressante sous le rapport de l'anatomie pathologique, n'a pas la même impor-

tance au point de vue clinique. Il est impossible, en effet d'établir, pendant la vie, les signes différentiels qui distinguent les kystes extra-ovariques.

Anatomie pathologique. — On trouve rarement plusieurs kystes développés sur le même ovaire.

En général, la tumeur n'occupe qu'un ovaire; les deux organes sont rarement affectés à la fois.

Il serait intéressant de rechercher si les kystes sont plus fréquents d'un côté que de l'autre. Cette question, qui n'a pas encore été résolue, trouvera une solution plus facile à l'aide des documents statistiques fournis par l'ovariotomie.

Les kystes de l'ovaire ont un volume très-variable; petits, à leur origine, comme un pois, comme un grain de raisin, ils acquièrent, en se développant des dimensions considérables.

Leur forme est ordinairement sphérique dans les premières phases de leur évolution; mais, à mesure qu'elle s'accroît, la tumeur prend la forme d'un ovoïde dont le grand axe est vertical.

Les rapports du kyste varient avec son volume. Limitée d'abord à la surface de l'ovaire, où elle forme un relief arrondi, la tumeur, à mesure qu'elle se développe, efface, pour ainsi dire, la substance de l'organe qui lui a donné naissance, de manière à ne plus en laisser de vestiges. En même temps elle s'épanouit dans la cavité pelvienne, et ne tarde pas à gagner successivement le détroit supérieur, qu'elle franchit, l'une des fosses iliaques et la plus grande partie de la cavité abdominale jusqu'au delà de l'ombilic. Elle refoule la matrice, la vessie, le rectum, la masse intestinale et l'épiploon. Par sa face antérieure, elle est en rapport, en bas, avec l'utérus et la vessie, qu'elle presse contre le pubis; en haut, avec les parois abdominales directement. Dans certains cas, le kyste ovarique vient se placer au devant de l'utérus, entre cet organe et la symphyse pubienne.

En arrière, il est adossé à la colonne vertébrale et aux parois lombaires; il comprime le cæcum, les côlons ascendant et descendant, l'S iliaque, le rectum, l'aorte, la veine cave ascendante, les artères et les veines iliaques, les plexus et les nerfs lombaires et lombo-sacrés, etc. En haut et sur les côtés, il est enveloppé par la masse intestinale. Sa partie inférieure plonge dans l'excavation pelvienne, en se rapprochant plus ou moins du plancher périnéal.

Libre par son extrémité supérieure, le kyste est inséré à l'ovaire par son extrémité inférieure terminée en *pédicule*. Ce pédicule est d'une longueur et d'un volume variables. Il est formé de vaisseaux sanguins volumineux et reliés entre eux par du tissu cellulaire.

La face externe de la poche kystique, dont nous venons de signaler les rapports, est habituellement lisse, unie, d'une teinte opaline ou blanchâtre et nacrée, comme le tissu fibreux; quelquefois elle est inégale, bosselée, rugueuse en certains points.

La face interne du kyste, du kyste uniloculaire surtout, est plus ou moins lisse; elle ressemble à la membrane séreuse des cavités closes et elle a l'aspect de la tunique interne du péricarde.

La paroi de la tumeur est généralement translucide, si ce n'est dans certaines parties, où le tissu, plus dense, plus épais, présente une opacité laiteuse ou une teinte jaunâtre.

Dans quelques kystes, et surtout dans les kystes multiloculaires, on trouve des saillies, des épaississements, des points durs, produits par des concrétions calcaires ou cartilagineuses.

Sauf dans les points que nous venons d'indiquer et qui offrent une consistance notable, la paroi du kyste est douée d'une extrême souplesse et d'un certain degré d'élasticité.

La membrane kystique a une épaisseur de 2 à 3 millimètres, et parfois davantage.

La structure des parois des kystes ovariques a été surtout bien étudiée par Ordoñez. Suivant cet auteur, ces parois sont formées par une membrane fibro-séreuse, qui peut avoir quelquefois une épaisseur de plusieurs millimètres, et qui se compose de trois *feuillets*: 1° une enveloppe séreuse formée par le péritoine hypertrophié et parcourue par un grand nombre de vaisseaux à sa surface interne; 2° une couche fibreuse moyenne à laquelle adhère la membrane séreuse, d'une manière plus ou moins intime: cette couche fibreuse présente parfois, de distance en distance, des plaques cartilagineuses et des incrustations calcaires qui altèrent la transparence, l'épaisseur et le poli ordinaire de la membrane kystique; 3° enfin d'une couche épithéliale qui n'existe pas toujours, mais qui, dans quelques cas, a été constatée par Ordoñez d'abord et ensuite par Verneuil et Follin.

Une quatrième couche, qui serait de nature musculaire, a été signalée par M. Dubreuil de Montpellier, mais elle n'a pas été observée par d'autres anatomistes. (Thèse du docteur Herrera, 1864.)

La paroi du kyste est parcourue par des vaisseaux formant deux couches : une superficielle, la plus riche, où l'on voit de grosses veines creusées dans l'épaisseur du feuillet fibreux, à la manière des sinus de la dure-mère ; l'autre, profonde, composée de vaisseaux beaucoup moins développés.

Les artères sont moins nombreuses et moins grosses que les veines, à l'exception de celles qui existent à la partie inférieure du kyste, dans le pédicule, et qui pourraient donner lieu à des hémorrhagies graves si elles étaient ouvertes pendant l'opération de l'ovariotomie.

Quant à la distribution des capillaires dans les parois de la tumeur, Ordoñez, cité par M. Herrera, dit que la tunique externe es très-vasculaire et que les capillaires sanguins y forment, en général, des mailles polygones. Il signale dans la couche interne une série indépendante de capillaires ayant des directions différentes et procédant de la couche externe. Ces capillaires, après avoir parcouru la partie superficielle de la deuxième membrane, la traversent et vont s'étaler à la partie la plus profonde des parois du kyste, en présentant des dispositions analogues à celles qu'on peut observer dans la multiplication des vaisseaux capillaires centraux des villosités choriales et placentaires. Si on les examine à l'œil nu, on dirait un pointillé sanguin. Vu au microscope, ce pointillé semble constitué par des groupes terminaux de capillaires sanguins, très-souvent anastomosés ensemble, dilatés d'une façon irrégulière, et offrant l'aspect des capillaires qui constituent les tumeurs fongueuses ou végétations de la vessie.

D'autres capillaires sont dans un état de régression en quelque sorte ; ils contiennent du sang en partie décomposé, forment une masse granuleuse, et donnent lieu à une coloration jaunâtre plus intense à la lumière réfléchie qu'à la lumière transmise.

Sur le trajet des capillaires ainsi altérés et renfermant cette matière granuleuse, on aperçoit de petits groupes de carbonate et de phosphate de chaux et de magnésie, dont la constatation est d'ailleurs facile, au moyen de l'acide sulfurique qui dégage immédiatement des bulles de gaz acide carbonique et donne lieu à des cristaux caractéristiques de sulfate de chaux et de magnésie.

Ordoñez a signalé dans les kystes de l'ovaire la production constante de nouveaux réseaux de capillaires sanguins et simultanément la régression d'autres réseaux de capillaires. Le même auteur

a constaté que cette régression s'opère de trois manières différentes: la première est l'atrophie des capillaires sanguins, produite par le dépôt de carbonates et de phosphates de chaux et de magnésie dans leurs parois. Le second mode d'atrophie des capillaires sanguins est encore une substitution, mais une substitution faite par un tissu qui peut continuer à vivre et à s'accroître et qui offre les caractères du tissu fibreux. Cette substitution fibreuse des capillaires sanguins s'observe dans le placenta, dans le péritoine et dans les tumeurs fongueuses de la vessie et des méninges. Alors il y a une véritable oblitération fibreuse des capillaires sanguins.

Le troisième mode de régression des capillaires sanguins consiste dans l'infiltration athéromateuse de leurs parois, qui disparaissent peu à peu, par l'invasion de la matière athéromateuse, et qui en dernier lieu ne laissent qu'une masse jaunâtre, conservant la forme des végétations capillaires.

La membrane épithéliale n'est pas constante dans les kystes de l'ovaire; et, quand elle existe, elle n'est pas continue. Cet épithélium est, en général, de forme pavimenteuse; et, chose digne de remarque, Ordoñez a trouvé, à la surface interne des petits kystes, un grand nombre de cellules épithéliales prismatiques à cils vibratiles, cellules dessinées et indiquées dans la thèse du docteur Herrera.

A la surface du kyste, Ordoñez a découvert quelques filets nerveux, surtout au voisinage des gros troncs vasculaires. Mais on ne rencontre aucun filament nerveux, ni dans les parois de la tumeur, ni à la surface interne des grands ou des petits kystes.

La structure intérieure des kystes ovariques offre des variétés qui ont servi de base à une classification de ces tumeurs. M. Cruveilhier en a distingué quatre espèces :

1° Les kystes *uniloculaires*, constitués par une poche unique, tantôt simple, tantôt cloisonnée;

2° Les kystes *multiloculaires*, dont la cavité est subdivisée en un certain nombre de petites poches, séparées par des cloisons complètes et indépendantes les unes des autres.

3° Les kystes *aréolaires* ou *vésiculaires*, ne différant des précédents qu'en ce que les cloisons sont percées de petits orifices, par lesquels les petites poches, ou vésicules, communiquent entre elles

4° Les kystes *composes*, dans lesquels on trouve la réunion des

diverses dispositions anatomiques que nous venons de décrire.

Du liquide contenu dans les kystes ovariques. — La quantité de ce liquide varie depuis quelques grammes jusqu'à dix, quinze, vingt litres, et même cinquante litres, au dire de quelques auteurs.

Le liquide des kystes ovariques possède des propriétés très-diverses: il est tantôt aqueux et citrin, constitué par de la sérosité presque pure, comme celui de l'hydrocèle; tantôt il est séro-albumineux, filant et visqueux comme un mucilage de gomme; dans d'autres cas, il est épais, demi-transparent, et comparable à de la gelée de pommes ou à une gelée de viande bien claire.

Ce liquide est ordinairement clair, d'une teinte citrine; mais parfois il est trouble, blanchâtre ou grisâtre, lactescent, puriforme, ou d'une coloration rousse et brunâtre, comme du marc de café, du chocolat, etc. Dans certains cas, le kyste est rempli de pus presque pur.

L'odeur du liquide kystique est généralement fade et douceâtre, comme celle de la plupart des liquides de l'économie; mais parfois elle est aigre ou même fétide et repoussante, comme si le liquide avait subi un certain degré de fermentation putride.

Sa réaction est toujours alcaline ou neutre, jamais acide.

Le liquide clair et transparent est formé par de l'eau, de l'albumine pure, quelquefois des traces de fibrine, par des matières grasses, notamment de la cholestérine, et par des sels alcalins (chlorures et carbonates). Nous avons ouvert un kyste de l'ovaire, dans lequel la cholestérine était en si grande quantité, qu'elle donnait au liquide une consistance très-épaisse, et s'y présentait sous forme de paillettes nacrées.

Dans les liquides troubles et opaques, on trouve, en outre, du pus, du sang et des caillots.

Les divers éléments que nous venons de signaler ont été constatés, non-seulement par l'analyse chimique, mais encore par l'examen microscopique.

Le liquide séreux, homogène, appartient principalement aux kystes uniloculaires; le liquide épais, aux kystes multiloculaires et aux kystes aréolaires; mais quelquefois les loges de ces derniers renferment des liquides de différente nature, de sorte qu'un même kyste peut contenir toutes les variétés de liquides que nous venons de décrire

Des développements qui précèdent il résulte que les kystes de l'ovaire peuvent être distingués, suivant la nature de leur contenu, en cinq espèces: 1° les kystes *séreux*; 2° les kystes *séro-hématiques*; 3° les kystes *gélatineux*; 4° les kystes *purulents*; 5° et les kystes *hydatiques*.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE. — Presque tous les auteurs s'accordent à admettre que les kystes de l'ovaire sont dus à un développement anormal d'une ou de plusieurs vésicules de de Graaf, distendues par un épanchement plus ou moins considérable de sérosité. Velpeau, Négrier, MM. Cruveilhier et Huguier en France, Paget, Farre, Hodgkin et d'autres à l'étranger sont de cet avis. Rokitansky a cru voir, en faisant l'examen d'un kyste de l'ovaire, les éléments de la vésicule de de Graaf, et même ceux de l'ovule; mais la description qu'il donne est tellement obscure qu'il est permis de conserver encore des doutes sur ce dernier point.

Suivant Scanzoni, le point de départ des kystes de l'ovaire serait presque toujours dû à une hypérémie plus ou moins prolongée de cet organe, hypérémie qui se transmettrait aux parois des vésicules de de Graaf et donnerait lieu à une hypersécrétion de leur membrane interne. Mais, pour que le liquide ainsi sécrété puisse distendre la vésicule de de Graaf, il faut, dit Scanzoni, que ses parois soient hypertrophiées. S'il n'en était pas ainsi, l'amas du liquide entraînerait toujours une rupture de la vésicule, comme cela se produit dans la menstruation.

L'opinion de Scanzoni ne repose que sur une hypothèse et elle ne s'appuie pas sur des faits bien établis.

D'après Kiwisch, un des modes les plus fréquents de la formation des kystes de l'ovaire consiste en une simple dilatation du follicule de de Graaf. Dans quelques cas, il n'y a aucun doute que telle n'en soit l'origine, puisque dans le même ovaire on voit des follicules qui présentent une augmentation progressive, tandis que d'autres conservent encore leur volume normal. Au commencement de l'affection on peut les séparer du stroma environnant sous forme de sacs clos; mais on ne peut pas découvrir d'œuf, même dans la première période de la maladie.

Influence de l'âge. — D'après M. Chereau, sur 230 cas de kystes de l'ovaire, on en compte 133 entre 17 et 37 ans; d'après Lee, sur 135 cas, 82 entre 20 et 40 ans; d'après Scanzoni, sur 97 cas, 78

entre 18 et 40 ans. On en rencontre même chez les nouveau-nés, d'après Boullard et Mayer de Bonn, cités par Bauchet.

M. Courty a vu un kyste ovarique chez une jeune fille de onze ans, non menstruée.

Un fait analogue a été observé par Baker Brown ; et quelques autres exemples du même genre sont cités par Clay de Birmingham, dans la traduction de Kiwisch.

Les kystes de l'ovaire se développent rarement chez les femmes d'un âge avancé. Quand ils apparaissent après la ménopause, ils n'atteignent pas un grand développement.

Lorsque les kystes ont pris naissance avant la ménopause, ils peuvent continuer de s'accroître après l'âge critique et acquérir un grand volume, même chez des malades âgées de soixante ans.

Influence du mariage et du célibat. — Les kystes de l'ovaire se rencontrent chez les filles vierges comme chez les femmes mariées, chez les femmes mères comme chez les nullipares.

Lee compte, sur 136 malades, 88 femmes mariées, 37 célibataires, 11 veuves.

Scanzoni, sur 97 malades, a trouvé 45 femmes mariées, 40 célibataires, 7 veuves.

Influence de l'accouchement. — D'après Scanzoni, sur 97 malades, 51 n'avaient pas eu d'enfants (sur les 51 il y avait 16 vierges). D'après M. Boinet, sur 500 cas de kystes de l'ovaire, 390 femmes n'avaient pas eu d'enfants, 110 en avaient eu.

Ces relevés statistiques prouvent que les kystes de l'ovaire se rencontrent plus souvent chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires ; ils montrent, en outre, que les kystes de l'ovaire s'observent un peu plus souvent chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants que chez celles qui en ont eu.

Les kystes ovariques se rencontrent chez les filles vierges et chez les veuves, aussi souvent que chez les femmes mariées. Ce fait prouve que les rapports sexuels n'ont pas une grande influence sur le développement de ces tumeurs.

M. Scanzoni a fait jouer un rôle aux troubles de la menstruation dans l'étiologie des kystes de l'ovaire. Nous pensons qu'il est difficile et même impossible de décider si les troubles de la menstruation sont cause ou effet dans cette circonstance ; nous inclinons même à croire qu'ils sont plutôt la conséquence que le point de départ de l'affection.

La plus grande obscurité règne sur les causes déterminantes des kystes de l'ovaire. Sans nier l'influence des violences extérieures, des excès vénériens, des avortements, des accouchements laborieux, des opérations obstétricales, de la suppression brusque des règles, en un mot de tous les agents capables de produire un état congestif dans les ovaires, nous sommes forcés de reconnaître qu'il y aurait pour le moins de la témérité à exagérer l'importance de toutes ces causes, et nous ne trouvons pas que les statistiques publiées sur ce sujet par Lee et par Scanzoni soient de nature à entraîner les convictions.

SYMPTOMATOLOGIE. — *Signes subjectifs.* — Dans les premières phases de son évolution, le kyste de l'ovaire peut ne déterminer aucun phénomène appréciable pour la malade, aucune modification dans l'état de sa santé. Dans ce cas, assez commun, la tumeur se développe et s'accroît d'une manière latente, et même elle acquiert d'assez grandes dimensions avant que les malades s'en aperçoivent.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi : en effet, quelquefois le kyste à peine formé amène des troubles dans la menstruation, 37 fois sur 57 d'après Scanzoni: souvent alors les règles viennent irrégulièrement, d'autres fois elles avancent ou elles retardent; parfois elles sont plus abondantes que de coutume; mais rarement il y a de véritables métrorrhagies.

Le début des kystes ovariques peut s'annoncer encore par un sentiment de malaise, de gêne et de pesanteur dans le bassin, par des tiraillements dans les lombes et dans les régions inguinales. Chez certaines malades, la présence du kyste ne donne lieu à aucune douleur; chez d'autres, au contraire, la douleur se montre dès le principe et accompagne toutes les périodes de la maladie; elle est sujette à des exacerbations qui dépendent de diverses causes et principalement de la fluxion menstruelle, de l'hypersécrétion de la membrane interne du kyste, ou de complications inflammatoires intercurrentes.

A mesure que la tumeur augmente, elle refoule et comprime les organes voisins, l'utérus, la vessie, le rectum, les intestins, les vaisseaux et les nerfs intra-pelviens.

La compression de la vessie et son refoulement contre le pubis produisent tantôt du ténesme et des envies fréquentes d'uriner, tantôt la dysurie et même la rétention d'urine. La constipation si

fréquente chez les femme atteintes de kystes ovariques, s'explique par la compression du rectum et de l'S iliaque du côlon. On a signalé aussi l'occlusion intestinale et le rétrécissement du rectum; mais nous pensons que ces lésions sont moins la conséquence du kyste lui-même que des brides ou des adhérences pelviennes, des tumeurs inodulaires ou fibreuses qui le compliquent. La compression des nerfs intra-pelviens détermine des fourmillements et des engourdissements dans les extrémités inférieures; celle des vaisseaux occasionne une gêne de la circulation veineuse, qui se traduit par la dilatation des veines abdominales superficielles, par la stase du sang, la formation de varices et d'œdème dans les membres inférieurs.

Ces derniers phénomènes, et surtout l'œdème, ne se montrent que lorsque le kyste a pris un très-grand volume, vers les dernières périodes de la maladie. C'est encore dans ces dernières périodes que, par suite de l'extrême distension des parois abdominales et du refoulement du diaphragme, on voit survenir la gêne des mouvements respiratoires, la dyspnée, des étouffements, et des désordres dans la circulation générale. Nous devons noter également des troubles digestifs (dyspepsie, nausées, vomissements, etc.), provenant de la compression des intestins et de l'estomac; l'ascite, résultant d'une irritation sécrétoire du péritoine autour du kyste; l'embarras et la difficulté de la marche, déterminés par le poids du kyste; la diminution des sécrétions et en particulier de la sécrétion urinaire qui devient plus foncée et plus riche en matières salines; enfin les troubles profonds de la nutrition, la dépression des forces, l'amaigrissement graduel des malades et l'altération progressive des traits qui offrent un aspect particulier et presque caractéristique auquel on a donné le nom de *facies ovarien*.

Les kystes de l'ovaire ne donnent, en général, naissance à aucune réaction fébrile, à moins qu'il n'existe une complication inflammatoire.

Signes objectifs. — Dans le principe et pendant un temps indéterminé, les kystes de l'ovaire échappent à tous nos moyens d'investigation; mais, à une période un peu plus avancée, quand ils ont pris un certain développement et qu'ils forment une tumeur dont le volume est au moins égal à celui d'une noix ou d'une orange, on peut en constater l'existence à l'aide du toucher hypogastrique combiné avec le toucher vaginal ou le toucher rectal. Cette tumeur est arrondie, rénitente, dépressible, fluctuante; elle est lisse, ordinaire-

ment mobile dans des sens différents ; elle est indolente ou peu douloureuse. En tenant compte de ces caractères nous avons pu dans plusieurs cas soupçonner l'existence d'un kyste de l'ovaire, suivre les diverses phases de la maladie et vérifier plus tard l'exactitude du diagnostic.

Si le kyste continue de s'accroître, il franchit le détroit supérieur du bassin, devient apparent à l'extérieur et forme une tumeur globuleuse ou ovoïde que l'on peut sentir à travers les parois abdominales. Cette tumeur, située, au début, dans l'une ou l'autre des régions ovariques, s'étend de proche en proche, jusqu'à la ligne médiane, envahit le côté opposé, franchit le bord supérieur du pubis, s'élève de plus en plus dans l'abdomen, atteint l'ombilic, gagne l'épigastre et finit par remplir toute l'étendue de la cavité de l'abdomen. Alors il repousse les intestins grêles et le gros intestin en arrière et sur les côtés, et vient se mettre en rapport direct et immédiat avec la paroi abdominale antérieure. Son extrémité supérieure refoule en haut le côlon transverse, l'estomac et le diaphragme, soulève l'appendice xyphoïde, la partie inférieure du sternum et les fausses côtes. Il en résulte une déformation de la cage thoracique, dont la circonférence inférieure est évasée comme dans les derniers jours de la grossesse.

Lorsque la tumeur est parvenue à son plus haut degré d'accroissement, les parois abdominales sont proéminentes, bombées, tendues à l'excès, lisses, luisantes, et parsemées d'éraillures, de vergetures comme dans la grossesse; elles débordent la symphyse pubienne et peuvent descendre jusqu'au tiers supérieur des cuisses. Il n'est pas rare que cet excès de distension produise l'éventration par l'écartement des fibres de la ligne blanche, et la hernie ombilicale. Nous avons déjà signalé le développement exagéré, variqueux, des veines de la paroi abdominale, occasionné par la compression des vaisseaux intra-abdominaux et la gêne de la circulation qui en résulte.

Quelquefois la forme de la tumeur se dessine à travers les parois abdominales amincies et peut être appréciée par la simple inspection. Dans ce cas, il est facile, à l'aide de la vue seule, de distinguer les caractères de la face superficielle de la tumeur, et de déterminer si elle est régulièrement arrondie, ovale ou sphérique, ou inégale et bosselée.

Mais la palpation pratiquée avec soin et d'une manière méthodique permet de mieux constater encore la forme, le volume et l'état de

la surface du kyste. Ce mode d'exploration fournit, en outre, d'autres renseignements qui échappent à l'inspection seule.

Pour obtenir ces résultats, il faut promener successivement les mains sur toutes les régions de l'abdomen, en déprimer les parois tour à tour de bas en haut et d'un côté à l'autre. Dans tous les points occupés par la tumeur et notamment dans les parties moyennes du ventre, on trouve une résistance qu'on ne rencontre pas sur les parties latérales, occupées par les intestins. Cette résistance permet de fixer les limites du kyste, ses dimensions, sa forme, sa consistance, sa mobilité.

Limites. — On juge par le toucher le degré de développement de la tumeur, la région et la place qu'elle occupe dans l'abdomen. Dans les premières phases de son évolution, on la trouve au-dessous du pubis, dans l'excavation pelvienne ; il faut alors, pour la sentir, déprimer profondément la paroi hypogastrique ; et l'on constate sa présence dans la région des ovaires, soit à droite, soit à gauche.

Plus tard, la tumeur devient suspubienne, et elle proémine alors à la partie moyenne de l'hypogastre.

Dans une période plus avancée, on la rencontre dans la région sus-ombilicale, dont elle occupe toute l'étendue.

Volume. — La palpation nous apprend que les dimensions de la tumeur sont très-variables, suivant les diverses périodes de la maladie. Dans la période sous-pubienne ou intra-pelvienne, le volume du kyste ovarique peut être facilement apprécié, en déprimant fortement la paroi de l'hypogastre, surtout si l'on combine le toucher abdominal avec le toucher vaginal. On trouve ainsi des kystes dont le volume rappelle celui d'une noix, d'une pomme, d'une grosse orange ou d'une tête de fœtus.

Dans la période sus-pubienne ou sous-ombilicale, les kystes de l'ovaire acquièrent les dimensions de l'utérus gravide au cinquième ou au sixième mois de la grossesse.

Enfin, dans la période sus-ombilicale, non-seulement le kyste atteint le volume de l'utérus dans les derniers mois de la grossesse, mais il peut acquérir encore des dimensions beaucoup plus grandes.

Forme. — Le palper de l'abdomen permet d'apprécier la configuration de la tumeur ovarique. Celle-ci est tantôt sphérique, globuleuse, tantôt ovoïde, ayant son grand diamètre longitudinal. Certains kystes présentent une surface lisse, régulière ; d'autres, une surface inégale, bosselée. Ces bosselures, qui appartiennent exclusivement

aux kystes multiloculaires, sont séparées par des sillons plus ou moins larges et plus ou moins profonds. On en trouve tantôt deux, tantôt trois ou un plus grand nombre, suivant la quantité de loges qui divisent la tumeur. Les bosselures ont rarement le même volume; le plus souvent leurs dimensions sont différentes, et presque toujours l'une d'elles l'emporte sur les autres par sa grosseur.

Consistance. — Au moyen de la palpation on reconnaît que le kyste se laisse plus ou moins déprimer, ou que ses parois offrent un certain degré de rénitence.

Ces caractères varient suivant l'épaisseur de la membrane kystique, suivant la quantité relative et la nature du contenu.

Il est facile de s'assurer, par exemple, que la consistance n'est pas la même dans les kystes uniloculaires et dans les kystes multiloculaires. En général, les kystes uniloculaires ont une consistance moins ferme que les kystes multiloculaires.

Les kystes à parois épaisses présentent plus de résistance et de fermeté que les kystes dont les parois sont minces. D'ailleurs, les parois d'un même kyste n'ont pas toujours une épaisseur égale dans toute leur étendue : de là les variétés de consistance qui s'observent quelquefois, non-seulement dans deux kystes différents, mais encore dans les diverses parties d'un même kyste.

La consistance de la tumeur augmente en raison de la quantité relative du contenu. Lorsque la masse du liquide n'est pas suffisante pour remplir la cavité du kyste et en distendre les parois, la tumeur est molle, flasque, facile à déprimer. Lorsque, au contraire, le liquide produit, par son abondance, une forte distension de la poche kystique, la tumeur se laisse difficilement déprimer ; elle présente une consistance ferme, dure, et parfois analogue à la consistance des tumeurs solides.

Mobilité. — Les kystes de l'ovaire sont mobiles lorsqu'ils sont libres de toute adhérence avec les tissus voisins et lorsqu'ils ne remplissent pas entièrement la cavité abdominale. Cette mobilité peut être constatée à l'aide de la palpation. Il suffit, pour cela, d'appliquer les deux mains sur deux points opposés du ventre, et d'imprimer des mouvements de latéralité ou de va-et-vient, en pressant tour à tour la tumeur avec la main droite et avec la main gauche. Dans certains cas, on peut aussi constater la mobilité du kyste de l'ovaire en combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal ou le toucher rectal, et en imprimant à la tumeur des mouvements alter-

natifs de haut en bas et de bas en haut. Les résultats obtenus par ces deux modes d'exploration sont très-variables. Certains kystes sont tellement mobiles qu'on peut les déplacer en les transportant, pour ainsi dire, d'un côté à l'autre; d'autres n'offrent qu'une mobilité restreinte; d'autres, enfin, sont fixes et résistent à tout mouvement d'impulsion. La fixité des kystes est le plus souvent causée par des adhérences péritonéales. Si les adhérences sont superficielles, on ne peut pas faire glisser la paroi de l'abdomen sur la face antérieure de la tumeur; mais ce glissement est facile à produire s'il n'y pas d'adhérences ou s'il n'existe que des adhérences profondes.

Lorsque le kyste est très-mobile, il obéit aux mouvements qu'exécutent les malades. On peut alors, par la seule inspection, suivre les changements de position de la tumeur. Les malades ont souvent conscience de ces déplacements.

La percussion fournit des signes d'une importance extrême. Elle donne un son mat dans toute l'étendue du kyste, et un son clair dans les parties circonvoisines qui correspondent aux intestins déplacés et refoulés, quelle que soit la position qu'on fasse prendre aux malades. La percussion permet ainsi de bien fixer le siége de la tumeur, d'en circonscrire les limites, et d'en apprécier le volume.

Si le kyste est mobile, la matité suit les mouvements de la tumeur, et elle se montre invariablement dans les régions occupées par le kyste.

La percussion révèle un autre signe, la fluctuation. Ce signe se perçoit en appliquant une main sur le ventre au niveau du kyste et en frappant d'un coup sec avec l'autre main, ou en donnant une chiquenaude sur le côté opposé de la tumeur.

La fluctuation n'est pas la même dans tous les kystes. Elle varie suivant leur structure, et suivant la composition et la densité du liquide qu'ils renferment.

Toutes choses égales, les kystes uniloculaires présentent une fluctuation plus nette, plus franche, plus facile à sentir que les kystes multiloculaires. La fluctuation est uniforme, c'est-à-dire qu'elle offre les mêmes caractères dans tous les points de la tumeur.

Les kystes uniloculaires à parois minces donnent une fluctuation plus distincte que les kystes de même espèce dont les parois sont épaisses.

Dans les kystes multiloculaires la fluctuation est, en général, plus obscure que dans les kystes uniloculaires. Elle n'est pas uni-

forme dans toutes les parties du kyste, c'est-à-dire qu'elle est plus marquée dans certains points que dans d'autres. Ces différences dépendent de la structure de chaque loge, de l'épaisseur des parois, de la capacité des diverses poches et de la quantité de liquide qu'elles contiennent.

La fluctuation est d'autant plus prononcée que le liquide du kyste est moins dense. Ainsi, elle est plus facile à percevoir dans les kystes séreux ou séro-sanguins que dans les kystes albumineux ou gélatiniformes. Dans les kystes purulents la fluctuation est un peu moins nette que dans les kystes séreux, mais elle est moins obscure que dans les kystes dont le liquide est visqueux.

Dans certains kystes la fluctuation fait défaut à cause de l'extrême densité du contenu.

L'épaisseur des parois de l'abdomen exerce également sur les phénomènes de la fluctuation une influence dont il importe de tenir compte.

Quand les parois abdominales sont minces, amaigries, le kyste étant plus superficiel, en quelque sorte, et plus rapproché de la main de l'observateur, le choc du liquide se perçoit plus facilement et avec plus de netteté.

Lorsque les parois de l'abdomen sont épaisses, chargées de tissus adipeux, elles rendent la fluctuation très-obscure; et l'on ne parvient à la distinguer qu'en déprimant fortement ces parois.

Les signes que nous venons de mentionner suffisent le plus souvent pour reconnaître un kyste de l'ovaire. Cependant il faut recourir encore à d'autres moyens d'exploration, soit pour constater la présence de la tumeur lorsqu'elle est renfermée dans le bassin, soit pour rechercher son point d'implantation, et vérifier les caractères que présente son extrémité inférieure et les changements imprimés aux organes voisins, à l'utérus en particulier.

Ces modes d'exploration sont le toucher vaginal et le toucher rectal, qu'on emploie isolément ou que l'on combine avec la palpation abdominale.

Par le toucher vaginal on sent ordinairement une tumeur lisse, convexe, rénitente, indolore ou peu douloureuse à la pression. Cette tumeur occupe tantôt l'un des côtés de l'utérus, tantôt la région rétro-utérine; elle déprime quelquefois le cul-de-sac postérieur du vagin, elle peut même refouler une grande partie des parois de ce conduit, de manière à en effacer plus ou moins le calibre.

Le kyste est parfois tellement élevé que son extrémité inférieure échappe à l'exploration vaginale. Il faut alors, pour l'atteindre, abaisser la tumeur le plus possible, en déprimant avec force les parois abdominales au niveau de son extrémité supérieure. Dans quelques cas exceptionnels, ce mode d'exploration est lui-même insuffisant.

En pratiquant simultanément le palper abdominal et le toucher vaginal, on peut mesurer le volume du kyste et même apprécier le degré de consistance du liquide qu'il contient. Pour obtenir ce dernier résultat, on percute légèrement d'une main les parois de l'abdomen au niveau de la tumeur, pendant que, avec l'indicateur de l'autre main introduit dans le vagin, on refoule doucement l'extrémité inférieure du kyste.

Si la tumeur est uniloculaire, si son contenu est homogène et très-liquide, on sent distinctement la fluctuation à l'aide de ce procédé; le choc du liquide vient frapper directement le doigt appliqué sur le cul-de-sac vaginal.

Ce procédé permet encore de distinguer si le kyste est composé de parties hétérogènes, si, par exemple, son extrémité inférieure est solide et son extrémité supérieure liquide.

Enfin par la palpation abdominale et le toucher vaginal réunis, on se rend compte du degré de la mobilité du kyste, en lui imprimant des mouvements alternatifs de bas en haut et haut en bas. Si le kyste résiste aux mouvements qu'on cherche à lui imprimer, on reconnaît que son extrémité inférieure est fixée aux tissus voisins par des adhérences. Si, au contraire, il se laisse aisément soulever, on peut assurer que le kyste n'est pas adhérent ou que les adhérences sont lâches et peu serrées.

Le toucher vaginal sert encore à reconnaître la situation de l'utérus et à déterminer sa direction. Cet organe suit toujours les mouvements du kyste. Il est abaissé lorsque la tumeur descend dans la cavité pelvienne; il est, au contraire, attiré en haut, quand le kyste est élevé.

On trouve l'utérus situé tantôt au-devant du kyste, tantôt en arrière, d'autres fois sur les côtés.

Dans le premier cas, l'utérus est refoulé contre le pubis; il est alors le plus souvent en antéversion, dirigé obliquement d'arrière en avant; parfois il est incliné, soit à gauche, soit à droite; dans un cas nous l'avons trouvé placé horizontalement derrière le pubis.

Pour mieux constater ce changement de position et de direction de l'utérus, il est utile de combiner le toucher vaginal avec la palpation hypogastrique. Ces deux modes d'exploration réunis permettent aussi d'apprécier le volume du col et du corps de l'utérus.

La position de l'utérus derrière le kyste ne se rencontre que d'une manière exceptionnelle.

L'utérus, séparé du pubis et de l'hypogastre par la tumeur, échappe à la palpation abdominale; il n'est accessible qu'au toucher vaginal et surtout au toucher rectal. A l'aide de ces deux modes d'exploration, on constate que l'organe utérin occupe le plus souvent la ligne médiane, et qu'il est plus rarement repoussé d'un côté ou de l'autre. Sa direction est, en général, verticale ou légèrement oblique d'avant ou arrière, c'est-à-dire en rétroversion; lorsque cette direction est plus marquée, l'utérus refoule le segment inférieur du rectum et forme un relief dans cet intestin.

Diagnostic. — Il consiste à distinguer les kystes de l'ovaire de toute autre tumeur solide ou liquide contenue dans le bassin ou dans l'abdomen; à établir les caractères propres à chaque variété de kystes; enfin, à en déterminer les complications.

Dans les premières phases de leur évolution, lorsque les kystes n'ont pas encore franchi la ligne du pubis, le détroit supérieur du bassin, ils peuvent être confondus avec les diverses tumeurs qui se développent dans l'excavation pelvienne. Pendant cette période, le diagnostic est tellement obscur, il peut offrir de telles difficultés que, le plus souvent, il est prudent d'ajourner tout jugement et d'attendre que l'évolution de la tumeur, en lui donnant des caractères plus marqués, permette d'en mieux reconnaître la nature et le siége.

Le diagnostic présente moins d'embarras lorsque le kyste, proéminant au-dessus du pubis, vient occuper une partie de la cavité abdominale.

Il importe de se rappeler, pour simplifier le diagnostic et lui donner plus de précision, que les tumeurs, qui peuvent être confondues avec les kystes ovariques, tantôt occupent l'utérus et tantôt siégent hors de cet organe.

Les premières, c'est-à-dire les tumeurs utérines ou intra-utérines,

sont : l'hypertrophie de l'utérus, les fibromes utérins, les môles utérines, l'hydrométrie, la grossesse commençante.

Ce qui distingue essentiellement et tout d'abord ces variétés de tumeurs des kystes ovariques, c'est qu'elles se confondent avec la matrice, tandis que les kystes de l'ovaire en sont indépendants. Il faut donc, avant tout, aller à la recherche de l'utérus et procéder à une exploration attentive de cet organe.

Si l'on parvient à s'assurer que la tumeur fait corps avec la matrice, il est permis de conclure qu'on n'a pas affaire à un kyste de l'ovaire. Mais, pour arriver à cette certitude, il ne suffit pas d'explorer seulement le col de l'utérus au moyen du toucher vaginal, il faut surtout explorer le corps de l'organe à l'aide du toucher vaginal et du toucher rectal combinés avec l'exploration hypogastrique.

Dans les cas douteux ou obscurs, d'autres signes différentiels, empruntés aux caractères mêmes de la lésion, peuvent encore servir à distinguer les kystes de l'ovaire des tumeurs intra-utérines.

Ainsi, dans l'hypertrophie de la matrice, l'organe est augmenté de volume, avec des dimensions deux ou trois fois plus grandes qu'à l'état normal, mais sans aucune modification dans la forme. Le col utérin participe généralement à l'hypertrophie, ce qui n'a pas lieu dans les kystes. L'utérus hypertrophié n'acquiert jamais un développement égal à celui d'un kyste ovarique; enfin on n'y rencontre aucun des signes des tumeurs liquides, ni rénitence, ni fluctuation.

Les fibromes utérins se distinguent des kystes de l'ovaire par leur consistance ferme et dure, par le défaut de fluctuation et d'élasticité, par les troubles de la menstruation et les métrorrhagies, par le développement exagéré du corps et du col de l'utérus.

La suppression des règles, le développement graduel de l'utérus, sa forme et sa consistance analogues à celles que présentent ces organes pendant les premiers mois de la grossesse, l'absence de fluctuation, ne permettent pas de confondre les môles utérines avec les kystes ovariques. D'ailleurs, si le doute était possible pendant quelque temps, l'expulsion de la môle ne tarderait pas à éclairer le diagnostic.

Ce qui distingue la rétention du flux menstruel des kystes de l'ovaire, c'est la suppression des règles, la distension de la matrice, la fluctuation que l'on perçoit à travers les parois abdominales, et l'amincissement et la mollesse du col utérin, les douleurs expul-

sives qui ne sont suivies d'aucun écoulement sanguin; enfin, on peut, pour lever toute incertitude, pratiquer la ponction à travers l'orifice utéro-vaginal imperforé.

Des signes analogues permettent de distinguer l'hydrométrie des kystes de l'ovaire. Ici encore on retrouve, comme symptômes différentiels, la suppression des menstrues, le développement de la matrice et la fluctuation utérine. On observe, en outre, de temps en temps, des douleurs expulsives, intenses, suivies de la sortie d'une grande quantité de liquide séreux ou muqueux.

La grossesse ayant été confondue quelquefois avec un kyste de l'ovaire, il importe de rappeler les signes qui les différencient. Dans la grossesse, les règles sont supprimées, le col de l'utérus est ramolli, la matrice augmente de volume d'une manière progressive et régulière, et acquiert en peu de temps des dimensions beaucoup plus grandes que les kystes. Dès le principe, la tumeur occupe la ligne médiane; à partir du quatrième mois, se manifestent des signes plus positifs encore, le ballottement, les mouvements actifs du fœtus; plus tard enfin, les battements du cœur et le bruit de souffle utéro-placentaire, perceptibles par l'auscultation. Ces signes sont difficiles, quelquefois même impossibles à constater, lorsque l'utérus est distendu par une grande quantité de liquide amniotique qui éloigne le fœtus des parois de l'abdomen. Alors, il faut pratiquer simultanément le toucher vaginal et la palpation abdominale, la malade étant debout, et imprimer des mouvements en sens opposé à la tumeur; on parvient ainsi à sentir le choc du fœtus, tantôt en le repoussant de bas en haut vers la main placée sur l'hypogastre, tantôt en le refoulant de haut en bas vers le doigt introduit dans le vagin et appliqué sur le col de l'utérus. Dans les cas obscurs il est sage d'attendre le dernier terme de la grossesse et l'expulsion spontanée du produit contenu dans la matrice.

En général, il est facile de ne pas confondre les kystes de l'ovaire avec l'ascite, si l'on tient compte des symptômes que nous avons indiqués plus haut.

Cependant, comme dans quelques cas le diagnostic de ces deux affections peut présenter de l'obscurité, nous croyons utile de faire ressortir les signes qui permettent d'éviter toute chance d'erreur.

La forme du ventre n'est pas la même dans les kystes ovariques et dans l'ascite : ainsi, dans les kystes de l'ovaire, l'abdomen est bombé.

proéminent, la tumeur est régulièrement ovoïde, ses limites sont assez nettement tranchées et ses parois ont une rénitence très-prononcée. Dans l'ascite, le ventre est élargi, moins bombé, moins proéminent, et il prend la forme de l'abdomen des batraciens; la tumeur est comme diffuse, elle a des limites moins nettes, moins bien accusées; ses parois sont plus dépressibles, moins rénitentes, et sa consistance plus molle.

Dans l'une comme dans l'autre affection, la percussion rend un son mat; mais, comme M. Piorry l'observe avec raison, le son est plus mat dans les kystes ovariques que dans l'ascite, et il est analogue à celui que fournit la percussion du foie. Dans les kystes ovariques, la matité occupe toujours la partie moyenne de l'abdomen et le son clair correspond aux parties latérales et postérieures. Si la tumeur enkystée ne refoule pas entièrement l'estomac et le côlon transverse, le son clair se perçoit aussi à la partie supérieure de l'abdomen, dans la région épigastrique; dans ce cas, qui est d'ailleurs le plus commun, la sonorité s'étend suivant une ligne courbe à concavité inférieure, qui circonscrit la tumeur en haut et sur les côtés, quelque position qu'on fasse prendre aux malades.

Le son mat et le son clair restent invariablement dans la même région.

Dans l'ascite, les intestins surnageant le liquide, la matité n'est pas fixe; elle occupe, comme l'épanchement, les parties déclives, tandis que le son clair se porte avec la masse des intestins vers les parties supérieures. Quand l'ascite est très-considérable, le liquide peut se placer entre les parois abdominales et les anses des intestins retenues par le mésentère, de sorte que la percussion donne un son moins clair; mais alors, si l'on déprime la paroi de l'abdomen au niveau des limites supérieures de l'épanchement, le liquide est refoulé; on se rapproche davantage de la masse des intestins, et la percussion donne un son plus clair : ce qui ne peut pas avoir lieu dans les kystes de l'ovaire.

Enfin dans les kystes ovariques, le toucher vaginal et le toucher rectal donnent des signes qui manquent dans l'ascite.

Nous rapprochons de l'ascite l'hydropisie enkystée du péritoine, qui peut être confondue aussi avec les kystes de l'ovaire, surtout lorsqu'elle se développe dans la région pelvienne. Cette affection se distingue des kystes ovariques par son extrême rareté, par la forme moins saillante et moins bombée du ventre, par son volume qui reste

généralement stationnaire et n'atteint jamais les dimensions des kystes de l'ovaire. La quantité du liquide, et partant l'épaisseur de la tumeur, étant moindre, la matité est moins prononcée, et même on obtient un son hydroaérique si l'on pratique la percussion en déprimant fortement les parois du ventre. Dans les cas où l'hydropisie enkystée du péritoine est composée de plusieurs poches, celles-ci, au lieu de se confondre, comme celles des kystes ovariques multiloculaires, sont séparées les unes des autres par des intervalles qui, à la percussion, rendent un son clair. Enfin si l'on pratique le toucher vaginal, on ne constate dans le voisinage de l'utérus ni l'existence d'un pédicule, ni aucun des signes qui se rattachent à la présence d'un kyste de l'ovaire.

Indépendamment de l'hydropisie enkystée du péritoine, il existe encore une autre variété de kystes péritonéaux dont l'origine est obscure, mais qui semblent quelquefois provenir du développement exagéré d'un ovule détaché de l'ovaire et tombé dans le péritoine. On pourrait les considérer comme des kystes ovariques greffés sur la tunique péritonéale. Cette assimilation est d'autant plus fondée que ces tumeurs présentent les mêmes signes, la même marche et réclament le même traitement que les kystes de l'ovaire. Il est donc difficile, et d'ailleurs sans importance, d'établir le diagnostic différentiel de ces kystes péritonéaux

On a pris quelquefois une grossesse extra-utérine pour un kyste de l'ovaire. Pour les distinguer, il faut étudier avec soin les caractères de la tumeur et tenir compte des changements que subit l'utérus. Dans la grossesse extra-utérine, les règles sont supprimées, l'utérus s'hypertrophie, la tumeur s'accroît progressivement comme dans la grossesse normale; à une période plus avancée, on entend d'abord le bruit placentaire, les mouvements actifs et les bruits du cœur du fœtus. La tumeur offre une consistance hétérogène, liquide dans certains points et solide dans d'autres; nulle part on ne constate de fluctuation; on comprend toute l'importance de l'absence de ce signe, qui est si fréquent et si caractéristique dans les kystes de l'ovaire. Enfin, arrivée à une certaine période de son évolution, la grossesse extra-utérine s'arrête, au lieu de se développer indéfiniment comme les kystes ovariques, et donne lieu à des accidents aigus, dont la terminaison est toujours fatale.

Il ne nous paraît guère possible de confondre l'hématocèle périutérine avec les kystes de l'ovaire. Les circonstances étiologiques,

le développement rapide de la lésion, les symptômes significatifs du début, les troubles menstruels, la métrorrhagie, l'extrême sensibilité de la tumeur, les douleurs expulsives, les phénomènes généraux concomitants, constituent des signes suffisamment caractéristiques de l'hématocèle pour éloigner toute méprise et ne laisser place à aucune hésitation.

Le phlegmon péri-utérin se distingue des kystes de l'ovaire par ses connexions étroites avec l'utérus, ses adhérences avec les parties voisines, sa consistance ferme, solide, la résistance de ses parois qui ne se laissent pas déprimer, les douleurs que provoque la pression, des battements artériels plus fréquents et plus prononcés, enfin par les troubles sympathiques dont il s'accompagne si souvent.

Les abcès pelviens et de la fosse iliaque ne présentent de commun avec les kystes de l'ovaire que la rénitence de leurs parois et la fluctuation ; mais ils s'en distinguent par les symptômes initiaux, la marche et le développement de la tumeur, les douleurs locales, la sensation de chaleur dans le bassin, les frissons, le mouvement fébrile, l'altération des traits et finalement tous les accidents de la fièvre hectique et de l'infection putride.

La distension énorme de la vessie, dans les cas de rétention d'urine, peut, au premier abord, en imposer pour un kyste de l'ovaire. Mais les commémoratifs, le développement rapide de la tumeur, le ténesme, la suppression de la miction, mettront déjà sur la voie du diagnostic. Cependant, pour peu que l'on conserve d'incertitude, on doit recourir au cathétérisme de la vessie, qui constitue, dans l'espèce, un moyen infaillible de diagnose.

Les kystes du foie et de la rate diffèrent des kystes de l'ovaire par leur siége dans la région hépatique ou dans la région splénique; par leur mode de développement qui procède toujours de haut en bas, tandis que celui des kystes de l'ovaire procède de bas en haut. Quel que soit le volume d'un kyste du foie ou de la rate, son extrémité inférieure ne descend jamais dans la cavité pelvienne; il en résulte que la tumeur ne peut être atteinte par le toucher vaginal, même en la déprimant fortement de haut en bas.

Dans l'hydronéphrose, la tumeur occupe la région lombaire; la percussion pratiquée sur les lombes et sur les flancs donne un son mat; si on la pratique, au contraire, sur la partie antérieure de la tumeur, elle donne un son clair, dû à la présence de l'intestin, re-

Les kystes *séro-sanguinolents* présentent à peu près les mêmes caractères objectifs que les kystes séreux; la fluctuation y est aussi nette et aussi franche. Le contenu de ces kystes est rarement séro-sanguinolent d'emblée, et l'on peut reconnaître à certains signes le moment où se produit l'exhalation sanguine à leur surface interne. Une douleur vive, intense, se manifeste brusquement dans toute l'étendue de la tumeur; cette douleur est suivie d'un accroissement rapide du volume du kyste. Ces symptômes sont accompagnés d'un mouvement fébrile, et quelquefois de vomissements qu'on pourrait attribuer à l'invasion d'une péritonite et qui, suivant nous, sont le résultat de la distension brusque des parois kystiques.

Si le kyste renferme un liquide épais, visqueux, filant, ses parois sont plus fermes et moins rénitentes. La fluctuation peut être perçue dans tous les points de la tumeur, mais elle est moins prononcée, plus obscure. A la percussion, le flot du liquide donne un choc moins rapide et moins sec. Plus la densité du contenu est grande, et plus ces caractères sont marqués.

On peut présumer que le kyste renferme un liquide purulent, lorsque les malades éprouvent des douleurs dans le bas-ventre, de l'anorexie, des vomissements, des frissons irréguliers, une fièvre continue, lente, avec une élévation marquée de la température axillaire; lorsqu'il survient un amaigrissement progressif, de la diarrhée colliquative, et tous les symptômes de la fièvre hectique ou de l'infection putride.

Quand le diagnostic présente de l'obscurité et que l'on conserve des doutes sur la nature de la tumeur, on peut, dans le but d'éclairer le diagnostic, avoir recours à la ponction exploratrice. Comme cette opération n'est pas exempte de danger, il est essentiel de la pratiquer avec une grande prudence et, avant toutes choses, il importe de s'assurer que la tumeur n'est point due à un commencement de grossesse.

On se sert d'un trocart capillaire, que l'on plonge directement dans la tumeur vers sa partie moyenne, sur le point où la matité et la fluctuation sont les plus prononcées. Quand on retire la canule du trocart, il faut exercer une pression sur la paroi de l'abdomen, afin de la maintenir en contact avec la paroi du kyste, et d'éviter ainsi l'épanchement du liquide dans le péritoine.

Si l'on se sert d'un trocart ordinaire, on est obligé de ponctionner successivement toutes les loges d'un kyste multiloculaire, pour en apprécier le nombre.

M. Nélaton emploie un long trocart capillaire avec lequel on peut, au moyen d'une seule ponction, déterminer si le kyste est uniloculaire ou multiloculaire.

La ponction exploratrice permet de reconnaître non-seulement la structure de la tumeur, mais encore la nature du liquide qu'elle contient. Ces données ont une importance majeure pour le pronostic et pour le traitement.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Les kystes de l'ovaire ont, en général, une marche chronique; leur accroissement s'opère d'une manière lente, graduelle. Mais il n'en est pas toujours ainsi; leur évolution présente quelquefois des oscillations nombreuses et variées. On voit, en effet, la tumeur augmenter ou diminuer de volume, ou bien rester stationnaire pendant un temps plus ou moins long. Ces changements s'opèrent sous l'influence de différentes causes. Ainsi une transpiration abondante, une diurèse considérable ou une suppersécrétion intestinale peuvent amener la diminution d'un kyste de l'ovaire. Des écarts de régime, les violences extérieures, l'abus des rapports sexuels, la suppression brusque d'un flux habituel, peuvent être suivis d'un accroissement de la tumeur.

La marche varie suivant la structure du kyste et la nature de son contenu. Les kystes uniloculaires ont, ordinairement, une marche plus rapide que les kystes multiloculaires. Les kystes qui renferment un liquide visqueux, épais, consistant, s'accroissent avec plus de lenteur que les kystes contenant un liquide séreux, séro-sanguinolent ou purulent.

Mais de toutes les causes qui ont une influence sur la marche des kystes de l'ovaire, la congestion menstruelle est, sans contredit, la plus puissante. Cette influence se traduit, à chaque époque des règles, par un sentiment de malaise insolite, par une augmentation appréciable du volume de la tumeur, par la tension des parois abdominales, et enfin par une recrudescence des douleurs qui, chez quelques malades, acquièrent un haut degré d'intensité, et peuvent amener un état inflammatoire des parois du kyste.

Quant à l'influence de la grossesse sur la marche des kystes de l'ovaire, il est difficile d'en déterminer les effets. Cependant tout porte à faire admettre que la gestation, en appelant vers l'utérus toute l'activité de la circulation intra-pelvienne, ralentit le mouve-

ment sécrétoire de la membrane interne de la tumeur et apporte un temps d'arrêt à son évolution.

L'âge exerce sur la marche des kystes une influence non douteuse, et en rapport avec le degré d'activité des fonctions génitales. La période de seize à trente-cinq ans, qui correspond au maximum de cette activité fonctionnelle, est la plus favorable au développement des kystes ovariques. A partir de trente-cinq ans, et à mesure que l'on se rapproche de la ménopause, la marche de ces tumeurs va se ralentissant ; et, enfin, après cette période, elle s'effectue avec plus de lenteur, et même, dans certains cas, elle reste stationnaire.

En raison même de l'obscurité que présente le début des kystes de l'ovaire et de l'impossibilité de fixer le moment de leur apparition, on ne saurait en déterminer exactement la durée. Cette évaluation ne peut se faire qu'à partir de l'époque où la tumeur s'élève jusqu'au dessus du pubis et devient accessible à nos moyens d'exploration. Une autre cause qui rend encore difficile l'appréciation de la durée des kystes ovariques, c'est qu'on les abandonne rarement à eux-mêmes, et que l'intervention de l'art vient souvent interrompre leur développement.

D'après les faits consignés dans la science, la durée des kystes, abandonnés à leur marche naturelle, est extrêmement variable; elle n'est jamais moindre de six mois à un an. Le plus souvent elle est d'une ou de plusieurs années. Enfin, on cite l'exemple de kystes qui ont duré dix, quinze, et même vingt ans.

La durée des kystes est subordonnée aux mêmes influences et aux mêmes conditions que leur marche. Ceux dont l'évolution est la plus lente sont ceux dont la durée est la plus longue; ceux, au contraire, dont le développement est le plus rapide ont une durée plus courte. D'où il résulte que les kystes multiloculaires et ceux dont le contenu est épais et visqueux peuvent durer plus longtemps que les kystes uniloculaires et que les kystes séreux.

Un kyste, dont la marche s'accomplit d'une manière régulière et sans accidents inflammatoires, a une durée plus longue que celui dont l'évolution est troublée ou interrompue par des complications intercurrentes.

Les kystes ovariques sont susceptibles de différents modes de terminaison.

Quelques auteurs affirment avoir vu des kystes de l'ovaire se résorber et disparaître, soit spontanément, soit sous l'influence d'une

médication très-simple, telle que l'emploi des diurétiques, des purgatifs, des fondants.

Le plus souvent ces tumeurs, quand elles disparaissent spontanément, versent leur contenu dans quelqu'un des organes creux du voisinage, après avoir contracté des adhérences avec lui.

Suivant une statistique dressée par Tilt, les ruptures des kystes de l'ovaire ne sont pas aussi graves qu'on pourrait le penser. D'après cet auteur, sur 70 femmes ayant éprouvé ce genre d'accident, 22 sont mortes, 2 ont éprouvé une amélioration notable et 30 ont guéri. Ces résultats sont tellement extraordinaires qu'ils méritent confirmation.

L'ouverture des kystes ovariques dans les intestins grêles est extrêmement rare; ils s'ouvrent, de préférence, dans le côlon ou dans le rectum. Enfin, ils s'ouvrent plus rarement encore dans la vessie, dans l'utérus et dans le vagin.

Le produit du kyste peut se frayer directement un passage au dehors à travers les parois abdominales; on a cité des exemples de kystes de l'ovaire qui s'étaient ouverts par la région ombilicale.

Mais quelquefois le liquide, au lieu de s'écouler au dehors, tombe dans la cavité péritonéale; alors, tantôt il se résorbe, soit d'une manière définitive, soit d'une manière passagère, avec quelques symptômes de péritonite légère; tantôt, il détermine dans le péritoine une inflammation suraiguë promptement mortelle.

La péritonite peut aussi se montrer dans le cours des kystes ovariques sous l'influence de la simple irritation produite par le contact de la tumeur, agissant sur la séreuse à la manière d'un corps étranger.

La péritonite peut enfin résulter de la propagation à la séreuse abdominale d'un travail phlegmasique primitivement développé dans le kyste.

Ces sortes de tumeurs sont, en effet, susceptibles de s'enflammer sous l'influence d'un coup, d'une chute, d'une excitation trop vive des organes génitaux, et principalement sous l'influence d'une fluxion menstruelle exagérée.

L'inflammation aiguë d'un kyste de l'ovaire, caractérisée par des douleurs intenses dans la tumeur, une augmentation rapide de son volume, la suppuration de ses parois, une réaction fébrile intense, aboutit presque invariablement à une terminaison funeste. Elle se termine d'autant plus promptement par la mort qu'elle est assez

généralement compliquée de péritonite, comme nous venons de le dire.

Mais l'inflammation du kyste, si elle est modérée, si elle ne dépasse pas certaines bornes, peut devenir un mode de guérison, soit en provoquant un travail de résorption du liquide épanché et l'oblitération de la cavité, soit en déterminant l'adhérence du kyste aux intestins, et plus tard sa rupture dans ces organes.

Enfin, les kystes ovariques peuvent amener la mort des malades par suite des troubles profonds qu'ils produisent dans les principales fonctions de l'organisme, par la gêne de la circulation et de la respiration, par l'insuffisance de la nutrition et la résorption continuelle de certains éléments du sang.

Dans ce cas, les malades sont sujettes à une dyspnée incessante; elles perdent l'appétit, le sommeil et les forces; leurs membres s'infiltrent, et elles ne tardent pas à succomber avec tous les signes du marasme et de la fièvre hectique.

Pronostic. — Pour apprécier le degré de gravité des kystes de l'ovaire, il faut prendre en considération le volume de la tumeur, sa structure, la nature du liquide qu'elle contient, l'ancienneté de la lésion et ses diverses complications, enfin l'âge, la constitution des malades et les conditions générales ou spéciales de leur santé.

Plus un kyste de l'ovaire est volumineux, et plus il offre de gravité, non-seulement parce que les troubles fonctionnels qu'il détermine augmentent en raison même de ses dimensions, mais aussi parce que le traitement présente plus de difficultés et moins de chances de succès pour les grands kystes que pour les kystes d'un moindre volume.

En général, les kystes uniloculaires sont moins graves que les kystes multiloculaires. On a cité des exemples de guérison spontanée des premiers, soit par résorption, soit par rupture des parois du kyste et épanchement de son contenu; on ne trouve dans la science aucun exemple de ce genre pour les kystes multiloculaires. Les kystes uniloculaires sont plus accessibles que les kystes multiloculaires aux divers moyens thérapeutiques. Ainsi le traitement médical a été employé avec succès, très-rarement, il est vrai, dans les kystes uniloculaires, tandis qu'il a constamment échoué dans les kystes multiloculaires. Les injections iodées peuvent être pratiquées et

peuvent réussir dans certains kystes uniloculaires; elles ne sont nullement applicables aux kystes multiloculaires.

Le pronostic des kystes uniloculaires varie suivant la nature de leur contenu. Les kystes séreux ou séro-sanguinolents offrent moins de gravité que les kystes renfermant un liquide épais et visqueux; les premiers sont plus faciles à vider que les seconds, et se prêtent aisément au traitement par les injections iodées, tandis que les kystes visqueux sont généralement réfractaires à ce moyen thérapeutique.

Les kystes purulents sont plus graves que les kystes séreux ou séro-sanguinolents, à cause de l'état inflammatoire des parois kystiques et des accidents pyohémiques ou infectieux qui peuvent résulter de la présence du pus. Mais les kystes purulents, pouvant être traités par la ponction et les injections iodées, présentent sous ce rapport moins de gravité que les kystes à contenu visqueux, qui ne peuvent être guéris que par l'ovariotomie.

Le pronostic des kystes multiloculaires est généralement fort grave; néanmoins il a beaucoup perdu de sa gravité dans ces derniers temps, depuis que les perfectionnements apportés à l'ovariotomie permettent, dans un certain nombre de cas, d'obtenir la cure radicale de ces tumeurs.

On doit tenir compte, en outre, du nombre des poches, dont la multiplicité rend plus difficile l'évacuation du liquide, apporte un plus grand obstacle à l'opération de l'ovariotomie et diminue les chances de succès.

L'ancienneté du kyste donne au pronostic plus de gravité. Un kyste dont l'origine est déjà ancienne est, en effet, plus volumineux qu'un kyste de date récente; de plus, il exerce, en raison même de son volume et de sa durée, une influence plus fâcheuse sur l'ensemble des fonctions organiques et, par suite, sur la santé générale. Cette considération est d'une grande importance au point de vue de la thérapeutique et surtout de l'ovariotomie; car le traitement, quel qu'il soit, a beaucoup plus de chances de réussir chez une malade encore robuste et d'une bonne santé générale que chez un sujet affaibli, épuisé par de longs troubles fonctionnels.

Le pronostic est différent suivant que le kyste est simple ou compliqué, et suivant le genre de complication.

Les complications aggravent le pronostic des kystes de l'ovaire, nd'ne part en raison des accidents qu'elles peuvent produire dans le

cours de la maladie, et d'autre part à cause des difficultés qu'elles font naître le plus souvent dans l'application des moyens thérapeutiques et, en particulier, des moyens chirurgicaux.

A cet égard, le pronostic est subordonné à la gravité des complications. De toutes ces complications, les plus redoutables sont la péritonite, les fibromes utérins, et surtout le cancer de cet organe ou des tissus voisins.

Les adhérences peuvent être considérées comme des complications sérieuses, principalement lorsqu'elles sont très-étendues, d'un tissu résistant ou vasculaire, et qu'elles siégent dans la profondeur du bassin. Dans ce dernier cas, elles rendent l'ovariotomie fort périlleuse, quelquefois même impossible.

Abandonnés à eux-mêmes, les kystes de l'ovaire sont plus graves chez les jeunes femmes que chez les femmes arrivées à un certain âge, parce que chez les premières la tumeur s'accroît d'une manière plus rapide, tandis que chez les dernières elle a de la tendance à devenir stationnaire.

Les kystes ovariques sont mieux supportés par les sujets doués d'une bonne constitution que par les malades d'une organisation délicate ou défectueuse. Ils présentent plus de gravité lorsque l'état général est altéré par une diathèse ou par une maladie antérieure que lorsque la santé n'a subi aucune atteinte.

Il faut également tenir compte, pour le pronostic, des troubles que les kystes de l'ovaire apportent dans les fonctions de la reproduction. Dans les cas rares où les deux ovaires sont atteints simultanément, les malades sont frappées de stérilité. Lorsqu'un seul ovaire est affecté, la fécondation est possible, attendu qu'un ovaire suffit à l'accomplissement de cette fonction.

Quand le kyste est d'un petit volume ou d'un volume moyen, il n'apporte aucun obstacle au développement régulier de la grossesse; lorsqu'il a acquis, au contraire, de grandes dimensions, il peut, en comprimant l'utérus, gêner l'évolution de cet organe et, par suite, devenir une cause d'avortement. Cependant, nous avons observé, en 1830, dans le service de Chomel, une femme dont la grossesse avait pu parcourir toutes ses périodes et arriver à son terme, malgré la présence d'un kyste ovarique assez volumineux; le travail de l'accouchement a pu s'effectuer sans le secours de l'art.

Enfin, on ne doit pas perdre de vue les malaises de tout genre et les troubles divers que les tumeurs ovariques apportent dans les

fonctions des organes digestifs et respiratoires, ni les dangers de l'inflammation et de la suppuration du kyste, de son ouverture dans le péritoine et de l'épanchement de son contenu dans cette membrane.

Les kystes de l'ovaire sont très-sujets à récidive, si l'on se borne à les traiter par les moyens palliatifs. Le liquide, évacué par la ponction simple, se reproduit, dans la très-grande majorité des cas. Lorsque cette opération était la seule employée, il n'était pas rare de voir les malades venir la réclamer à plusieurs reprises et à des intervalles de plus en plus rapprochés, tous les six mois d'abord, puis tous les trois mois, tous les deux mois, tous les mois, tous les quinze et même tous les huit jours, et enfin succomber dans l'épuisement et le marasme, après avoir subi jusqu'à vingt, trente, quarante, cinquante ponctions, et même davantage.

Mais aujourd'hui, la chirurgie est en possession d'une méthode opératoire qui permet, dans un assez grand nombre de cas, d'obtenir la cure radicale des kystes de l'ovaire.

Thérapeutique. — Deux ordres de moyens thérapeutiques peuvent être employés contre les kystes de l'ovaire : les uns, empruntés aux agents de la matière médicale, forment le traitement médical; les autres, tirés des procédés de la médecine opératoire, constituent le traitement chirurgical.

Traitement médical. — Ce traitement a pour but de remplir deux indications principales, dont l'une consiste à combattre l'irritation sécrétoire et à arrêter ainsi le développement de la tumeur; l'autre, à favoriser l'absorption du liquide épanché.

Pour satisfaire à la première de ces indications, on a eu recours aux révulsifs cutanés, tels que les larges vésicatoires et les cautères sur l'abdomen, les badigeonnages avec la teinture d'iode; on a employé les dérivatifs sur la muqueuse intestinale, et principalement les purgatifs drastiques, les mercuriaux, les préparations d'iode, d'or et de ciguë, *intus et extra*.

On remplit la seconde indication avec les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, et spécialement les bains de vapeur et tous les médicaments hydragogues, tels que la gomme-gutte, la résine de jalap, la scammonée, la bryone, la coloquinte et l'huile de croton tiglium.

Des exemples de guérison obtenue par ces agents thérapeutiques

sont rapportés par divers auteurs. Mais il est permis d'émettre des doutes sur l'authenticité de la plupart de ces observations et sur l'exactitude du diagnostic. Cependant, M. Courty affirme que, dans deux cas, il a réussi à amener la résolution de la tumeur à l'aide d'un traitement très-complexe, dans lequel figurent, en première ligne, les préparations d'or, notamment l'oxyde d'or, aux doses progressives de 2 milligrammes à 5 centigrammes ; puis les analeptiques, les toniques, les fondants, les alcalins, les diurétiques, l'iode et les iodures, enfin la compression méthodique et croissante de toute la surface abdominale. En l'absence de détails suffisants, nous nous bornerons à mentionner ces faits, sans les apprécier autrement qu'en les considérant comme tout à fait exceptionnels.

A notre avis, tout ce qu'il est possible d'attendre du traitement médical, dans l'état actuel de la science, c'est d'agir d'une manière palliative, de ralentir la marche des kystes ovariques, et de les modifier assez pour les rendre tolérables.

En vue de provoquer l'absorption de l'épanchement kystique, Jobert (de Lamballe) et d'autres praticiens ont conseillé l'emploi de l'électro-puncture. Mais les résultats n'ayant pas répondu à l'attente de ses partisans, ce mode de traitement est tombé en désuétude.

Au demeurant, il importe de ne pas insister trop longtemps sur le traitement médical, dont la plupart des agents sont insuffisants, inutiles ou même nuisibles. Il faut en surveiller les effets et en suspendre l'usage dès qu'on s'aperçoit qu'ils n'exercent aucune action sur la marche de la tumeur. Ces remarques s'appliquent plus particulièrement aux purgatifs drastiques, qui peuvent porter le trouble dans les fonctions digestives, amener l'affaiblissement de l'économie, diminuer la force de résistance des malades et hâter ainsi une terminaison fatale.

Traitement chirurgical. — Il comprend plusieurs procédés opératoires, qui sont : la ponction simple, la ponction suivie d'injections iodées, la ponction avec injection iodée et introduction d'une sonde à demeure dans le kyste, l'incision, le drainage, et enfin l'extirpation ou l'ovariotomie.

Nous ne parlerons pas de l'incision ni du drainage, qui sont entièrement abandonnés aujourd'hui ; mais nous citerons avec soin les autres procédés opératoires, dont l'usage est devenu, pour ainsi dire, quotidien.

Ponction simple. — On la pratique soit par la paroi abdominale, soit par le vagin.

La ponction abdominale est la plus généralement employée. On l'opère avec un gros et long trocart, semblable à celui qui sert pour la paracentèse. L'instrument doit être enfoncé par un coup sec et brusque, un peu au-dessous de la partie moyenne d'une ligne tirée de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, du côté de l'ovaire malade. On laisse en place la canule du trocart jusqu'à l'évacuation complète du liquide, en ayant soin de l'enfoncer à mesure que le kyste se vide et revient sur lui-même et en exerçant une pression douce et graduelle sur la paroi de l'abdomen, afin de maintenir le contact de cette paroi avec le kyste et de prévenir l'épanchement du liquide dans la cavité péritonéale. Après avoir retiré la canule, on applique un morceau de diachylon sur la piqûre, on place sur le bas-ventre plusieurs serviettes superposées, puis on entoure l'abdomen d'un bandage de corps convenablement serré.

M. Huguier conseille de pratiquer la ponction du kyste par le vagin. Ce procédé a l'avantage d'ouvrir la tumeur dans sa partie la plus déclive, de vider plus sûrement la totalité du liquide et de ne pas provoquer les adhérences de la poche kystique avec les parois de l'abdomen. On se sert, pour cette opération, d'un long trocart courbe, qu'on glisse sur le doigt indicateur introduit dans le vagin et qu'on enfonce dans le point saillant où la fluctuation a été préalablement constatée.

La ponction vaginale n'est applicable que dans les cas où la tumeur descend dans le bassin, refoule le vagin et peut être atteinte et nettement sentie par le toucher.

On ne doit pas recourir à la ponction simple dans les kystes multiloculaires, composés d'un grand nombre de loges, ni dans les kystes contenant une matière demi-liquide ou gélatineuse. Il ne faut la pratiquer que dans les kystes uniloculaires, séreux, séro-sanguinolents ou purulents.

La ponction simple est utile et principalement indiquée lorsque la tumeur, ayant pris un grand développement, refoule le diaphragme, immobilise les parois abdominales, comprime les intestins, gêne à la fois les fonctions respiratoires et digestives, et menace la vie des malades; elle est encore opportune quand l'état de faiblesse ou l'âge avancé des malades ne permettraient pas de recourir soit aux injections iodées, soit à l'ovariotomie.

La ponction simple est très-rarement curative. Sur 142 opérations de ce genre pratiquées par différents chirurgiens, on ne compte que trois cas de guérison. Nous n'avons obtenu nous-même qu'une seule guérison sur plus de quarante ponctions.

Ce procédé n'agit donc le plus souvent que d'une manière palliative; il apporte un soulagement immédiat et momentané aux malades menacées d'asphyxie ; mais il est généralement suivi de récidives : la tumeur ne tarde pas à se reproduire, à reprendre son volume et à nécessiter de nouvelles ponctions. Cependant la ponction simple ne doit pas être abandonnée; car on a pu, en la répétant, prolonger la vie des malades pendant plusieurs années.

En général, la ponction simple est une opération inoffensive, pourvu qu'on la pratique avec les précautions et suivant les préceptes que nous avons indiqués plus haut. Beaucoup de femmes ont pu subir ainsi, sans accident, cette opération jusqu'à dix, vingt, trente et même cinquante ou soixante fois.

Néanmoins, elle n'est pas toujours exempte de dangers. L'évacuation rapide du kyste peut amener une syncope lorsqu'on n'a pas pris soin d'exercer une compression méthodique sur l'abdomen pendant et après l'opération. Elle peut être suivie d'une péritonite aiguë promptement mortelle résultant de la piqûre du péritoine et surtout de l'épanchement d'une certaine quantité du liquide kystique dans la cavité séreuse. Elle peut encore occasionner l'inflammation suppurative de la membrane interne du kyste, ou déterminer une hémorrhagie dans la cavité de la tumeur, par suite de la lésion d'un des gros vaisseaux qui parcourent ses parois.

On pourra apprécier la valeur de la ponction simple et juger les résultats variables qu'elle a fournis, en consultant les statistiques suivantes :

D'après un relevé publié en 1834 par le *Medical Gazette*, sur 21 ponctions, il y eut 4 morts dans les premières vingt-quatre heures, 3 dans le cours du premier mois, et 14 avant la fin de la première année.

Dans les observations de Robert Lee (1847), on trouve 3 morts dans les premières vingt-quatre heures, 6 au bout de quelques jours, 12 dans la première année, 5 dans les deux années suivantes, 1 après six ans, et 1 autre après quinze ans.

D'après Southam, sur 20 femmes ponctionnées, 4 sont mortes après quelques jours; 10 dans les neuf premiers mois; 2 dans

les dix-huit premiers mois ; 4 environ de quatre à neuf ans.

Sur 60 malades, opérées par Kiwisch, 17 sont mortes dans les six premiers mois; 11 avant la première année; 14 avant la fin de la deuxième; 9 dans la troisième; 6 entre la quatrième et la septième; 7 ont succombé à d'autres maladies.

Des 46 malades ponctionnées par Safford Lee, 15 sont mortes dans les premiers mois; 17 dans la deuxième année; 5 de la deuxième à la quinzième. Neuf résultats inconnus.

Les conclusions à tirer de ces statistiques, c'est que la ponction simple est impuissante, dans la très-grande majorité des cas, à procurer la guérison; qu'elle ne peut être considérée et pratiquée que comme un moyen palliatif, dans le but de prolonger la vie des malades.

Quant aux morts survenues peu de temps après la ponction, quelques-unes sont imputables à l'opération elle-même; ce sont celles qui sont arrivées dans les premières vingt-quatre heures et qui sont le plus souvent la conséquence d'une péritonite. Celles qui surviennent au bout de quelques jours ou de quelques semaines, ne doivent pas être attribuées à la ponction; elles trouvent une cause et une explication dans l'état de dépérissement et de marasme où sont tombées les malades par suite des progrès et du développement excessif du kyste. Dans ce cas, la ponction n'a pas été nuisible; mais elle a été pratiquée trop tardivement.

Aspiration. — Le docteur Buys (de Bruxelles) a proposé de vider les kystes de l'ovaire par une aspiration lente et soutenue, au moyen d'un trocart à curseur, muni d'ampoules de caoutchouc de différents volumes pour augmenter peu à peu la force de succion. Nous ne connaissons aucun fait qui nous permette de nous prononcer sur la valeur de ce procédé.

Ponction suivie d'injections iodées. — M. Boinet a employé, le premier, des injections de teinture d'iode dans les kystes séreux de l'ovaire, pour en obtenir la cure radicale, ainsi que Velpeau l'avait fait, avant lui, pour l'hydrocèle.

A l'aide d'un gros trocart, on pratique une ponction du côté où le kyste a débuté et dans le point le plus rapproché de l'arcade crurale. La ponction faite, on retire la tige du trocart et on laisse écouler le liquide par la canule restée en place, sans imprimer le moindre mouvement à la malade et sans exercer aucune pression sur le ventre. Quand la plus grande partie du liquide est écoulée, environ les

trois quarts, on introduit dans la canule une sonde en gomme élastique dont le calibre est assez gros pour remplir exactement la canule, afin qu'en retirant celle-ci la sonde puisse la remplacer et oblitérer exactement l'ouverture faite par le trocart.

Si le liquide est séreux et limpide, lorsque le kyste est débarrassé de son contenu, on fait immédiatement l'injection iodée, composée de 100 grammes d'eau distillée, de 100 grammes de teinture d'iode, de 4 grammes d'iodure de potassium, ou de 2 à 4 grammes d'acide tannique.

Si le liquide renfermé dans le kyste est sanguin ou purulent, on doit, avant de pratiquer l'injection iodée, opérer plusieurs lavages dans l'intérieur de la poche avec de l'eau tiède.

Pendant que l'injection iodée est dans le kyste, on malaxe la tumeur en appuyant légèrement sur le ventre ; et l'on fait prendre à la malade des positions différentes dans le but de mettre toutes les parois de kyste en rapport avec le liquide iodique. Le contact de la teinture d'iode avec la face interne du kyste ne détermine aucune douleur.

Après ces manœuvres, on retire la sonde avec les précautions que nous allons indiquer. Ces précautions sont d'une haute importance ; car, si elles étaient négligées, et si la sonde était retirée brusquement, il pourrait survenir des accidents graves et même mortels.

Pour retirer la sonde, il faut qu'elle reste armée de la seringue, avec laquelle on aspire le liquide contenu dans le kyste et qui sert à y faire le vide. Pendant cette manœuvre, il importe qu'aucun liquide ne s'épanche dans la cavité du péritoine ; on atteint ce but en glissant le pouce et l'indicateur de la main gauche, le long de la sonde jusqu'à l'endroit où elle sort du ventre, et en pressant doucemen sur la paroi abdominale. On maintient ainsi cette paroi rapprochée de la paroi externe du kyste. Ces deux parois étant en contact l'une avec l'autre, on retire assez vivement la sonde avec la main droite ou, pour plus de sûreté, on la fait retirer par un aide, en même temps qu'avec la main gauche on continue d'exercer une pression sur le ventre pour empêcher la paroi abdominale de s'éloigner de la paroi externe du kyste. Enfin, il est nécessaire de continuer à faire le vide pendant toute l'opération, avec la seringue tenue de la main droite.

La sonde retirée, il faut que la main gauche reste appliquée sur le

ventre pendant quelques instants, pour que la paroi abdominale soit toujours rapprochée du kyste, et que l'ouverture faite avec le trocart puisse revenir sur elle-même et se fermer complétement.

Avant de cesser la pression sur le ventre, on fait placer l'opérée sur le côté opposé à la ponction. On applique ensuite sur la piqûre un morceau de diachylon ou une couche de collodion riciné, puis des compresses graduées et des cardes d'ouate; on maintient ce pansement avec un bandage de corps modérément serré.

La sonde en gomme élastique substituée, dès le début de l'opération, à la canule métallique du trocart, outre qu'elle permet de pratiquer toutes ces manœuvres plus facilement et avec plus de sûreté, présente encore d'autres avantages que nous allons faire connaître.

La sonde, grâce à sa longueur et à sa souplesse, peut être introduite jusque dans les parties les plus profondes du kyste, sans en blesser les parois. Son extrémité reste dans la cavité de la tumeur pendant toute la durée de l'opération; et l'on n'a pas à craindre que l'instrument abandonne le kyste, à mesure que celui-ci se vide et se rétracte, ni qu'il laisse tomber le liquide dans la cavité du péritoine, comme cela est arrivé quelquefois avec la canule. La sonde permet de malaxer le kyste dans tous les sens sans irriter ses parois et sans provoquer l'épanchement de la teinture d'iode dans le péritoine.

Cet instrument s'adapte mieux que la canule à la seringue, qui sert tour à tour à injecter et à aspirer la teinture d'iode. Elle permet ainsi de produire un vide plus complet, de pratiquer plus sûrement les injections dans la cavité du kyste, et d'en extraire plus facilement le liquide injecté et les produits qu'il contient.

La sonde doit être surtout préférée à la canule du trocart, lorsque le liquide renfermé dans le kyste est épais, visqueux, et s'écoule avec difficulté.

Quand l'injection est bien faite dans la cavité du kyste, elle n'est suivie ni de douleur, ni d'aucun accident immédiat. Cette immunité provient de la structure fibreuse et du peu de vitalité des membranes kystiques. Mais, au bout de quelques jours, la teinture d'iode donne lieu à un travail inflammatoire de la tunique interne du kyste, qui se traduit par des phénomènes de réaction locale et quelquefois générales. La tumeur augmente de volume, devient sensible à la pression, et les malades éprouvent du malaise, de l'inappétence et un

léger mouvement fébrile; ces accidents sont de courte durée, et nécessitent rarement une médication spéciale. Peu à peu le ventre devient moins douloureux, le liquide se résorbe, la tumeur diminue de volume, ses parois se rétractent, le travail sécrétoire s'arrête et la guérison s'accomplit au bout d'un mois ou de six semaines.

Les résultats ne sont pas toujours aussi favorables, et la guérison n'a pas toujours lieu après une seule injection iodée. Au bout d'un temps variable, le kyste se reproduit, et l'on est obligé de recourir à une seconde, à une troisième opération, et l'on en fait autant qu'il est nécessaire pour obtenir le retrait et l'oblitération du kyste.

Lorsque de nouvelles injections iodées sont reconnues utiles, on ne doit pas attendre que le kyste ait repris son volume primitif; on doit pratiquer l'injection dès que l'on peut constater le retour du liquide et la possibilité de la ponction.

Si, après plusieurs injections répétées, le liquide se reproduit promptement, s'il change de nature, s'il devient visqueux, huileux, on doit craindre que le kyste ne soit pas simple et qu'il renferme, dans ses parois, des tumeurs, des concrétions ou des dégénérescences qui empêchent les injections iodées d'agir efficacement. Dans ces cas, il faut renoncer à ce mode de traitement et avoir recours à l'ovariotomie.

Quelques auteurs, notamment MM. Huguier et Scanzoni, ont proposé d'ouvrir le kyste par le vagin et de pratiquer les injections iodées par cette voie. Nous sommes d'avis que ce procédé ne doit jamais être employé dans les kystes séreux, mais qu'on peut y recourir avec avantage dans les kystes purulents.

La plupart des orateurs qui prirent part à la discussion du traitement des kystes de l'ovaire, à l'Académie de médecine, en 1856, se sont montrés favorables à l'emploi des injections iodées. Velpeau, Jobert (de Lamballe), Malgaigne, Trousseau, Cruveilhier, Robert et Cazeaux, figurent parmi les partisans de cette méthode.

L'opinion de Cazeaux était basée sur des faits assez nombreux de guérisons, empruntés à sa propre pratique et à celle de M. Nélaton et de M. Monod. Sur 32 kystes appartenant à trente malades, Cazeaux avait obtenu 27 guérisons, 3 récidives et 2 morts; M. Nélaton, sur 9 injections iodées, avait eu 3 guérisons; M. Monod, sur huit cas, 6 guérisons, un insuccès et une mort.

M. Boinet a publié, dans son *Traité des maladies des ovaires*, deux

statistiques, l'une comprenant les cent premières malades traitées par les injections iodées, l'autre les vingt-neuf dernières malades soumises à la même opération. On verra, par la comparaison de ces deux statistiques, que ce mode de traitement a fourni, en dernier lieu, des résultats bien plus satisfaisants, qu'on ne peut attribuer qu'aux perfectionnements apportés au procédé opératoire et aux choix des malades.

M. Boinet a obtenu 62 guérisons et il a eu 38 insuccès. Sur ces 38 insuccès, on compte 16 morts et 22 cas de non guérison. Des 16 malades qui ont succombé, 4 seulement sont mortes quelques jours après l'opération ; 3 à la suite d'imprudences ; dans les 12 autres cas, la mort a eu lieu par les progrès de la maladie ; les 22 malades qui n'ont pas guéri ont éprouvé une amélioration de la santé, et quelques-unes ont vécu cinq ou six ans, grâce aux injections iodées.

Parmi les morts, il y a eu 10 kystes multiloculaires, 1 kyste celluleux, et 5 kystes uniloculaires.

Parmi les malades améliorées, il y a eu 18 kystes multiloculaires et 4 kystes uniloculaires.

Les injections iodées n'ont amené aucun accident.

Ainsi, sur 38 malades qui n'ont pas guéri, il y a eu 29 kystes multiloculaires, et 9 seulement uniloculaires, parmi lesquels 4 renfermaient un liquide visqueux et filant.

Depuis qu'il n'a pratiqué les injections iodées que dans les kystes uniloculaires simples et renfermant un liquide séreux, limpide ou purulent, M. Boinet a obtenu près de 90 pour 100 de succès. Ainsi, dans les 29 derniers kystes ovariques traités par les injections iodées, il a réussi 27 fois.

L'âge des malades soumises à ce mode de traitement a varié de 15 à 78 ans; mais c'est sur les sujets de 20 à 50 ans que le plus grand nombre d'opérations a été pratiqué.

En résumé, la ponction suivie d'injections iodées constitue une bonne méthode de traitement pour certains kystes de l'ovaire. Elle n'est applicable qu'aux kystes uniloculaires, dont le contenu est séreux, séro-sanguinolent ou purulent. Elle peut être pratiquée à toutes les périodes de la maladie, quel que soit le volume de la tumeur ; mais elle offre plus de chances de succès lorsque le kyste n'a pas encore acquis de grandes dimensions. Cette opération est contre-indiquée dans les kystes multiloculaires et aréolaires, ainsi

que dans les kystes uniloculaires contenant un liquide épais, visqueux, gélatiniforme; enfin on doit s'en abstenir pour les kystes compliqués de dégénérescences diverses.

Injections iodées suivies de la sonde à demeure. — Quand, au lieu d'un liquide séreux, séro-sanguinolent ou purulent, les kystes uniloculaires renferment un liquide visqueux, épais, filant, les injections iodées seules ne sont plus suffisantes pour amener la guérison. On serait obligé, pour y parvenir, de faire un trop grand nombre de ponctions successives. Dans le but d'éviter les inconvénients des ponctions multiples, on a eu l'heureuse idée de laisser à demeure dans le kyste une sonde de caoutchouc, dont on bouche l'ouverture avec un fausset et qu'on fixe à la paroi de l'abdomen au moyen de fils et de bandelettes agglutinatives.

La présence de la sonde dans le kyste amène bientôt des adhérences autour de cet instrument, qui empêchent l'épanchement de toute espèce de liquide dans la cavité péritonéale.

Une fois ces adhérences établies, on peut donc vider en toute sûreté la poche kystique, y faire des injections d'eau tiède et de teinture d'iode.

Les lavages à l'eau tiède doivent se répéter tous les jours. Ces lavages suffisent lorsque le liquide du kyste est dépourvu de matières grasses et qu'il ne répand aucune odeur fétide. S'il renferme des matières grasses, on peut injecter de l'éther pour les dissoudre. S'il exhale une odeur fétide, il faut pratiquer des lavages plus fréquents, et y joindre des injections iodées répétées tous les jours. Au lieu de faire sortir immédiatement la teinture d'iode, on doit la laisser séjourner plus longtemps pour qu'elle imprime aux parois du kyste une modification plus profonde.

Pour éviter que l'extrémité de la sonde n'irrite et ne blesse les parois du kyste par un contact trop prolongé, il est nécessaire de la déplacer de temps en temps et de lui donner une autre direction, en lui imprimant avec précaution et avec douceur des mouvements divers et limités.

La sonde ne doit être changée pour la première fois qu'au bout de huit ou dix jours, afin que l'inflammation adhésive ait le temps de se produire autour de l'instrument.

Les sondes, étant sujettes à se détériorer, ont besoin d'être renouvelées tous les six ou sept jours.

Toutes les fois qu'on change la sonde, il importe de recommander

à la malade de garder la même position et de ne faire aucun mouvement qui puisse détruire le parallélisme du trajet de la plaie.

Chaque sonde doit être remplacée par une sonde d'un calibre un peu plus fort, afin que l'instrument s'adapte mieux à l'orifice de la poche kystique et qu'on puisse y faire des injections sans courir les risques d'un épanchement dans le péritoine.

On continue les lavages et les injections iodées pendant un temps indéterminé, jusqu'à ce que la poche soit réduite à un très-petit volume et qu'il ne s'écoule plus qu'une faible quantité d'un liquide séreux.

Ce mode de traitement n'est pas applicable aux kystes multiloculaires ni aux kystes aréolaires.

Ovariotomie. — L'ovariotomie consiste dans l'extirpation des ovaires malades. Elle s'applique plus spécialement à la cure radicale des kystes ovariques.

Cette opération est une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine. Il y a peu d'années encore elle était proscrite, en pleine Académie, comme une pratique dangereuse et même cruelle. Acceptée d'abord et vulgarisée en Angleterre et en Amérique, ce n'est qu'après bien des hésitations et des répugnances qu'elle est parvenue à s'établir en France, dont elle était pourtant originaire.

En effet, la proposition d'extirper l'ovaire malade fut faite pour la première fois, en 1753, à l'Académie royale de chirurgie, par Delaporte et soutenue ou du moins encouragée par Morand. Vers la même époque, d'autres chirurgiens, Schlenker, Willis, Peyer, Tozzetti et Theden, agitèrent timidement cette question, sans la résoudre, tandis que de Haen, Morgagni et William Hunter se prononcèrent contre.

On a attribué à tort, selon nous, les premières tentatives d'extirpation des ovaires à Honstown (de Glascow) et à Laumonier (de Rouen). En lisant attentivement les deux faits rapportés par ces auteurs, on reconnaît qu'il s'agit, non point d'ovariotomie, mais d'une simple incision des parois du kyste.

John Hunter (1786) conseillait de « pratiquer l'extirpation des hydatides de l'ovaire, au début de leur formation ». Il n'y a, dit-il, aucune raison pour croire que les femmes ne pourraient pas supporter l'extirpation des ovaires, aussi bien que les autres femelles d'animaux.

D'après Darwin, le docteur Power aurait proposé, en 1793, de

tenter l'opération pour une maladie qui finit presque toujours par devenir mortelle et dont une autopsie récente venait de lui montrer à la fois la gravité naturelle et la curabilité chirurgicale probable.

Chambon, dans son *Traité des maladies des femmes* (1798), est, sans contredit, le premier auteur qui recommande le plus formellement l'extirpation des tumeurs ovariques. Après avoir posé les indications et les contre-indications de l'opération, il ajoute expressément : « Toutes les tumeurs des ovaires, soit squirrheuses, soit stéotomateuses, cartilagineuses, pierreuses, charnues, les kystes contenant des liquides épais ou ténus, toutes ces tumeurs sont de nature à être opérées dans les circonstances dont j'ai fait l'énumération. La même doctrine est applicable aux engorgements et à l'hydropisie des trompes. »

Au commencement de ce siècle, l'extirpation de l'ovaire fut défendue avec talent par deux élèves de l'École de Montpellier, Latapie et d'Escher. Celui-ci décrivit, d'après Thumin, son maître, un procédé opératoire consistant à faire une incision le long du bord externe du muscle droit, à détacher avec les doigts ou même avec le bistouri, les adhérences qui peuvent exister, à extraire et à exciser la tumeur après avoir lié son pédicule, à placer le fil de la ligature à l'un des angles de la plaie, dont les lèvres devaient être rapprochées et maintenues réunies par des compresses latérales et par un bandage de corps.

Jusqu'alors l'extirpation des ovaires n'était pas sortie du domaine des conceptions théoriques. C'est en 1809 que la première opération d'ovariotomie fut pratiquée aux États-Unis, par Mac-Dowel, chirurgien de Dansville (Kentucky). Ce coup d'essai aboutit à un succès complet. La guérison survint sans accident, et l'opérée, M^me^ Crawford, vivait encore en 1845.

Quelque temps après, Mac-Dowel entreprit une deuxième opération sur une négresse; mais comme la tumeur ovarique avait contracté des adhérences avec la vessie et l'utérus, il se contenta d'y faire une incision, qui donna issue à un liquide gélatineux... Au bout de six ans, la tumeur reprit son volume primitif, et la malade succomba aux suites de l'affection.

En 1816, Mac-Dowel pratiqua chez une autre négresse l'extirpation d'une tumeur ovarique très-mobile, en grande partie « squirrheuse », du poids de 3 kilogrammes. L'opération réussit.

Dans une quatrième opération, en 1817, la ligature du pédicule se détacha, et il en résulta une hémorrhagie mortelle.

Les extirpations de l'ovaire pratiquées par Mac-Dowel jusqu'à sa mort, en 1830, s'élèvent au nombre de 13, dont 8 avec succès.

En 1822 et 1823, un chirurgien du Connecticut, Nathan Smith, fit trois ovariotomies, avec des résultats divers; et plus tard, vers 1840, cette opération fut vulgarisée en Amérique par Atlee, Peaslee et Dunlap.

C'est en 1823 que Lizars (d'Edimbourg) tenta d'introduire la pratique de l'ovariotomie en Angleterre, mais ses débuts ne furent pas heureux. Il opéra quatre malades. Dans le premier cas, il y eut une erreur de diagnostic : il n'existait pas de tumeur. Dans le deuxième cas, les deux ovaires étaient malades, et Lizars ne put en enlever qu'un seul. La troisième opérée succomba. La quatrième avait, au lieu d'un kyste de l'ovaire, un corps fibreux de l'utérus qui ne fut pas enlevé.

Vers la même époque, Granville fit aussi deux tentatives infructueuses.

En 1835, Jeaffreson (de Francklingham) fit, avec un plein succès, l'extirpation d'un kyste à deux loges, renfermant environ 6 litres de liquide.

De tels résultats avaient jeté, pendant quelques années, le discrédit sur l'ovariotomie, lorsque, à partir de 1842, les entreprises hardies et les remarquables succès de Charles Clay, de Henri Walne, de Bird et de Lane vinrent fixer de nouveau l'attention sur cette opération que Fergusson qualifie d'admirable. L'impulsion une fois donnée fut suivie par les chirurgiens les plus éminents, Robert Lee, Charles West, César Hawkins, Paget, Erichsen, Dickson, Tanner, Hutchinson, Aston Key, Philips, Baeker Brown, Spencer Wels, John Clay, Tylor Smith, Humphray, Keith, Simpson, etc. Et tandis que l'ovariotomie était condamnée, en 1856, à l'Académie de médecine de Paris, elle devenait de plus en plus populaire dans la Grande-Bretagne.

L'ovariotomie, accueillie d'abord avec une certaine faveur en Allemagne, ne tarda pas à y tomber dans un complet discrédit. Sur 61 opérations, les chirurgiens les plus éminents, Chrysmar, Dzondi, Dieffenbach, Kiwisch, Martini, Ritter, Heyfelder, Knorre, Siebold, Scanzoni et Langenbeck, n'obtinrent au début que 7 guérisons. Aussi Dieffenbach a-t-il poursuivi l'ovariotomie de ses sarcasmes, et Scan

zoni l'a-t-il repoussée formellement comme une témérité chirurgicale. Cette opinion a longtemps prévalu parmi les médecins allemands.

Comme nous l'avons dit plus haut, la première idée de l'extirpation des ovaires malades appartient à deux chirurgiens français, Delaporte et Morand; mais ce n'est qu'un siècle plus tard, en 1844, que la première opération d'ovariotomie fut pratiquée dans notre pays par un médecin de la campagne, le docteur Woyeikowski, de Quingey (Doubs). L'opération réussit; la malade guérit au bout de vingt-cinq jours.

La même année, le professeur Rigaud (de Strasbourg) opéra une femme de trente-deux ans, ayant un kyste de l'ovaire compliqué d'ascite. L'opération ne fut pas achevée, et la malade succomba le quatrième jour.

En 1847, une ovariotomie fut pratiquée avec succès par le docteur Vaullegeard de Condé-sur-Noireau (Calvados), pour un kyste multiloculaire accompagné d'une ascite grave.

Vers la même époque, M. Chéreau publiait, dans l'*Union médicale*, une esquisse historique sur l'ovariotomie, dans laquelle l'auteur faisait connaître les résultats de ces opérations, qui avaient fourni 42 guérisons et 23 morts.

Depuis lors jusqu'en 1862, huit opérations d'ovariotomie échouèrent entre les mains de Bach, Maisonneuve, Hergott et Michel, Jobert (de Lamballe), Boinet, Adolphe Richard, Demarquay et Sédillot.

La discussion qui eut lieu, en 1856, à l'Académie de médecine résume l'opinion de la majorité des chirurgiens français à cette époque sur l'ovariotomie. Elle y fut condamnée comme une opération dangereuse, téméraire et même cruelle. Cazeaux seul protesta contre cette sorte d'anathème et fit d'importantes réserves pour l'avenir.

De 1860 à 1863, il se fit une réaction en faveur de l'ovariotomie, grâce aux publications de MM. Jules Worms, Nélaton, Ollier, Labalbary, Gentilhomme et Herrera Vegas, qui firent connaître en France les résultats statistiques des chirurgiens anglais et américains, relatifs à cette opération.

A partir de 1864, les opérations d'ovariotomie se multiplièrent; la proportion des succès devint de plus en plus grande, à mesure que le diagnostic acquit plus de précision, que les indications de l'opération furent mieux établies, que le manuel opératoire fut sou-

mis à des règles plus exactes et que le traitement consécutif subit des modifications importantes.

Parmi les chirurgiens français qui ont pratiqué le plus grand nombre d'ovariotomies, qui ont le plus contribué à la propagation de cette opération, nous devons citer surtout MM. Kœberlé, Nélaton, Boinet, Péan, et Labbé.

Le professeur Krassowski (de Saint-Pétersbourg) a pratiqué avec succès, en 1863, la première opération d'ovariotomie exécutée en Russie, chez une fille de vingt-cinq ans, affectée d'un kyste multiloculaire.

La première période de l'ovariotomie a été pleine d'erreurs de diagnostic, de tâtonnements et d'échecs. Depuis, et à mesure que le procédé opératoire a été amélioré et perfectionné, le chiffre de la mortalité a diminué progressivement, et la proportion des succès a été en augmentant, ainsi que le prouve la statistique comparée des opérations pratiquées par les mêmes chirurgiens à différentes époques.

Aujourd'hui que l'ovariotomie est acceptée sans conteste et qu'elle est passée dans le domaine ordinaire de la pratique chirurgicale, nous croyons qu'il serait superflu de chercher à justifier cette opération en rappelant tous les faits numériques qui s'y rapportent. Il suffira de signaler d'une manière générale les résultats obtenus par les chirurgiens qui ont fait, dans ces dernières années, le plus grand nombre d'ovariotomies, en Angleterre, en Amérique et en France. Or, il ressort des statistiques de MM. Backer Brown et Spencer Wells (de Londres), Clay (de Manchester), Atlee (de Philadelphie), Kœberlé (de Strasbourg), et Péan (de Paris) que la proportion des guérisons est actuellement de 2 sur 3.

D'après Kœberlé, pour qu'une statistique d'opérations d'ovariotomie soit satisfaisante, elle doit donner les résultats suivants :

« Les cas sans adhérences doivent fournir 90 à 95 guérisons pour 100.

» Les cas avec des adhérences légères doivent guérir 70 à 80 fois sur 100.

» Quant aux cas graves, compliqués, avec des adhérences très-vasculaires, la mortalité est très-variable. On doit s'estimer très-heureux d'obtenir 30 à 50 guérisons pour 100, surtout si l'on ne repousse pas systématiquement les cas qui présentent peu de chances de guérison, et si l'on n'adopte pas la pratique des incisions ex-

ploratrices et des opérations laissées inachevées. Dans ces circonstances, on doit obtenir au moins 40 à 60 guérisons pour 100. »

Nous ne dirons rien des objections qui ont été dirigées contre l'ovariotomie. Ces objections remontent à une époque déjà lointaine et où cette opération était l'objet des préventions les plus aveugles et des attaques les plus violentes. M. Kœberlé les a réfutées par des preuves statistiques et par des faits cliniques, en démontrant que la mortalité n'est pas inhérente à l'opération elle-même, lorsqu'on la pratique dans des conditions convenables; mais qu'elle est, en général, le fait des opérateurs et des circonstances dans lesquelles l'ovariotomie a été entreprise.

Quant au danger pouvant résulter de l'incision du péritoine et du contact de cette membrane avec l'air extérieur, l'expérience a suffisamment établi qu'il est loin d'être aussi grand qu'on le supposait; et aujourd'hui cette crainte n'est plus une raison de s'abstenir de l'ovariotomie.

Avant de faire l'opération, il importe de remplir deux conditions essentielles : premièrement, établir le diagnostic d'une manière précise ; secondement, déterminer nettement les indications et les contre-indications.

Nous n'avons pas à revenir sur le diagnostic, qui a été longuement exposé plus haut. Mais nous devons insister sur la question de savoir dans quels cas il convient de pratiquer l'ovariotomie, et dans quels cas on doit y renoncer.

Indications. — L'ovariotomie est indiquée dans les kystes multiloculaires, quelle que soit la nature du liquide qu'ils contiennent.

Elle l'est également dans les kystes uniloculaires qui renferment un liquide épais, visqueux et filant, ou bien dans les kystes de même espèce dont le liquide séreux tend à se reproduire rapidement, malgré les ponctions suivies d'injections iodées.

Suivant M. Kœberlé, il faut opérer encore lorsque les tumeurs tendent à augmenter progressivement de volume et que, par leur accroissement, elles donnent lieu à des troubles fonctionnels graves et menacent sérieusement la vie des malades. En effet, dans ce cas, une opération nous paraît nécessaire ; mais nous croyons qu'avant de recourir à l'ovariotomie, il faut préalablement faire l'essai de la ponction suivie d'injections iodées.

La malade doit présenter tous les attributs d'une bonne santé et d'une constitution suffisamment forte pour supporter l'opération et

ses suites. Elle doit surtout être convaincue de la nécessité de se faire opérer et en manifester le désir formel.

2° *Contre-indications.* — Les contre-indications de l'ovariotomie se déduisent de l'état général de la malade, de son âge, des maladies concomitantes et des affections diathésiques, du volume du kyste et des lésions qui le compliquent.

Il faut s'abstenir de l'ovariotomie lorsque la constitution est profondément débilitée, que la maigreur est extrême ou qu'il existe un degré très-prononcé d'anémie.

Les cachexies cancéreuses et tuberculeuses, les diathèses scrofuleuses et syphilitiques, les maladies organiques qui portent une teinte profonde à la constitution et qui menacent la vie dans un temps peu éloigné, la fièvre hectique, sont autant de conditions défavorables et contraires à l'opération.

Les kystes ovariques, qui restent stationnaires ou qui ne s'accroissent que très-lentement et ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel, ne doivent pas être opérés; l'ovariotomie doit être ajournée jusqu'au moment où leur volume les rend incompatibles avec l'intégrité de la santé.

Il n'est pas prudent d'opérer lorsque le kyste est très-volumineux et que les malades sont très-affaiblies, à cause des complications et des accidents qui peuvent survenir pendant ou après l'opération.

L'opération doit être rejetée, si l'on constate ou même si l'on soupçonne que le kyste a subi la dégénérescence cancéreuse.

L'ascite ne contre-indique pas l'extirpation de l'ovaire quand elle est uniquement due à la présence du kyste; mais elle est une contre-indication formelle toutes les fois qu'elle est symptomatique d'une maladie organique du cœur, du foie, des reins ou d'une cachexie quelconque.

Les adhérences étendues, solides, serrées, anciennes, très-vasculaires, surtout si elles comprennent la rate, le foie, l'estomac, l'utérus, doivent être rangées parmi les contre-indications de l'ovariotomie.

Les adhérences même générales ne sont pas contraires à l'opération, lorsqu'elles sont récentes, molles, peu vasculaires, surtout si les malades sont encore jeunes et peu affaiblies.

Les lésions utérines, et notamment les fibromes, ont été considérées longtemps par la plupart des auteurs comme des obstacles

à l'ovariotomie. Mais, depuis quelques années, les ovariotomistes n'ont pas hésité, malgré la présence de ces tumeurs, à pratiquer l'extirpation des kystes ovariques; dans ce cas, les docteurs Atlee et Clay, en Amérique et en Angleterre, Kœberlé et Péan, en France, ont enlevé à la fois le kyste de l'ovaire et le fibroïde utérin.

Les phlegmasies péri-utérines, sans être une contre-indication formelle à l'ovariotomie, peuvent être rangées parmi les conditions peu favorables à cette opération.

La même restriction est applicable, suivant M. Kœberlé, aux malades chez lesquelles les éructations s'opèrent difficilement, parce qu'elles sont sujettes à des tympanites qui entravent la marche de la cicatrisation.

Dans les cas de grossesse, il faut s'interdire d'opérer; et si le diagnostic est douteux, on doit s'abstenir encore jusqu'à ce qu'on ait acquis la certitude qu'il n'existe pas de grossesse.

L'ovariotomie a été pratiquée à tous les âges, depuis quinze ans jusqu'à soixante-dix-huit ans. Mais, à partir de soixante ans, l'opération présente beaucoup moins de chances de succès. Il faut ne la pratiquer alors qu'avec une extrême circonspection et seulement lorsque, malgré son âge avancé, la malade conserve assez de force pour supporter l'opération.

La docilité des malades mérite d'être prise en sérieuse considération. Les malades indociles, dit M. Kœberlé, compromettent le succès de l'opération, lorsqu'on ne peut obtenir d'elles, pendant les premiers jours, l'immobilité nécessaire à la cicatrisation, ou lorsqu'elles n'obéissent pas aux prescriptions.

Il importe de différer l'opération quand il existe des maladies régnantes, épidémiques ou contagieuses, pouvant exercer sur les résultats de l'ovariotomie une influence fâcheuse; telles sont les épidémies de grippe, de fièvre puerpérale, de variole, de dysentérie, de fièvre typhoïde, de choléra, d'érysipèle, de pourriture d'hôpital et d'infection purulente.

Il y a quelques années, les chirurgiens n'étaient pas d'accord sur le moment où il convient de pratiquer l'ovariotomie. Les uns, avec MM. Clay et Nélaton, voulaient attendre que les malades fussent profondément affaiblies et menacées d'une mort prochaine. Les autres, avec M. Spencer Wells, étaient d'avis d'opérer avant que la santé générale ne fût sensiblement altérée. Enfin, MM. Backer Brown et Kœberlé

ont conseillé de recourir à l'ovariotomie dès qu'il est avéré que la malade n'a pas d'autre chance de guérison.

La première opinion, qui consistait à regarder l'ovariotomie comme une ressource suprême et à n'opérer que *in extremis*, a été abandonnée, même par ses auteurs. Ils ont reconnu, en effet, que l'ovariotomie, ainsi que les autres grandes opérations, expose à des revers presque certains quand elle est pratiquée trop tard.

Nous ne sommes pas d'avis non plus qu'il faille se hâter d'agir. Entre les décisions prématurées et les décisions tardives, il y a le moment opportun que doit toujours choisir le chirurgien soucieux du succès de l'opération et du salut de la malade. A cet égard, nous acceptons le sage précepte que M. Kœberlé a formulé en ces termes: « Le moment d'opportunité pour l'ovariotomie est celui où une ponction palliative va bientôt devenir nécessaire, par suite du trouble que le volume de la tumeur menace d'apporter ou occasionne déjà aux fonctions de l'économie. »

Le même auteur conseille d'entreprendre l'opération, autant que possible, quelques jours avant ou après l'époque menstruelle. Bien que M. Kœberlé déclare que l'apparition immédiate des règles n'exerce pas d'influence bien marquée sur les suites de l'opération, nous croyons qu'il est plus rationnel et plus prudent de n'opérer qu'après la période menstruelle, pour éviter les effets de la congestion physiologique de l'utérus et des ovaires, et les troubles que l'opération peut apporter à l'accomplissement de cette fonction. On doit donc opérer, de préférence, huit jours après la cessation des règles.

Le choix de la localité où doit se pratiquer l'ovariotomie a une grande importance pour le succès de l'opération. Il vaut mieux qu'elle soit pratiquée à la campagne que dans une ville, dans une maison particulière que dans les hôpitaux. A Paris, dans des établissements hospitaliers, l'ovariotomie a donné, même entre les mains des plus habiles chirurgiens, des résultats désastreux, autant de morts que d'opérées. D'après M. Boinet, sur 16 opérations il y a eu 16 insuccès. Ces revers sont imputables, sans aucun doute, à l'insalubrité des hôpitaux, où sont réunies toutes les influences fâcheuses de l'encombrement et où les malades n'ont ni le repos, ni l'isolement, ni les conditions hygiéniques, ni les soins minutieux de tous les instants que réclame leur position. Ce qui prouve que telle est la cause principale de cette effrayante mortalité, c'est que

l'ovariotomie, pratiquée en ville par les mêmes chirurgiens, a réussi plusieurs fois.

Après avoir fait choix de la localité, il faut choisir une chambre suffisamment vaste, bien aérée, dans une bonne exposition, à l'abri des courants d'air et des variations atmosphériques. La température de la pièce doit être de 20 à 25 degrés, au moins, pour que les opérées n'éprouvent aucun refroidissement.

M. Spencer Wells recommande de faire l'opération, autant que possible, dans le lit que la malade doit occuper ultérieurement. M. Boinet, au contraire, conseille d'avoir, dans la même pièce, un lit préparé, suffisamment chauffé, pour y recevoir la malade après l'opération.

Il est nécessaire d'employer un certain nombre de moyens préparatoires et de précautions préliminaires qui peuvent concourir à assurer le succès de l'opération.

Lorsque la malade est faible et que l'opération peut être retardée sans inconvénients, il est utile de relever préalablement les forces à l'aide des toniques, des reconstituants, des ferrugineux et, en particulier, du perchlorure de fer.

En général, on fait prendre un bain à la malade deux ou trois jours avant l'opération.

La veille, il est utile de prescrire un purgatif doux, afin de débarrasser l'intestin et de prévenir le besoin d'aller à la garde-robe dans les premiers jours qui suivent l'ovariotomie.

Enfin, immédiatement avant l'opération, il faut recommander à la malade d'uriner, et pratiquer le cathétérisme si la miction est impossible.

Avant de procéder à l'ovariotomie, il importe que le chirurgien se tienne prêt contre toutes les éventualités ; il doit, suivant M. Courty, posséder des connaissances anatomiques précises, un coup d'œil juste, une conception prompte, une résolution ferme, un sang-froid à toute épreuve ; car, dans une opération aussi délicate, aussi complexe et aussi grave, la moindre faute, la plus légère méprise, peuvent tout compromettre et tout perdre.

Nous empruntons à M. Boinet l'énumération des détails concernant les préparatifs matériels de l'opération :

1° Un lit étroit, solide, ou une table de hauteur convenable, pour que le chirurgien puisse opérer sans se baisser et sans trop élever les bras. Le lit ou la table doivent être recouverts d'un

matelas sur lequel on étend une toile cirée, un drap et une alèze. Un ou plusieurs oreillers servent à soulever la tête de la malade.

Afin de prévenir le refroidissement, on enveloppe l'opérée de deux chemises de flanelle, et on lui recouvre la poitrine, le ventre et les membres inférieurs avec de la laine ou de la ouate. Un de ces morceaux de flanelle doit être fendu en deux jusqu'à sa partie moyenne pour garantir les intestins et envelopper le pédicule du kyste avant de placer le clamp ou la ligature. Cette flanelle, ainsi disposée, a encore l'avantage d'empêcher le liquide de pénétrer dans la cavité abdominale.

2° Une table garnie des instruments nécessaires à l'opération : bistouris ou scalpels droits, sondes cannelées, ciseaux droits et courbes sur le plat, un ténaculum, des pinces de plusieurs espèces (à griffes, à mors plats, à pansements, à disséquer, à torsion, à ligature et à pression), des fils de soie cirés, des trocarts ordinaires et d'autres munis d'un tube de caoutchouc, un clamp pour serrer le pédicule du kyste, un écraseur, un réchaud allumé et des cautères chauffés à blanc, des fils d'argent fins ou des fils de fer, des aiguilles à suture métallique, des épingles longues et fines, une forte aiguille d'argent avec une pointe en fer de lance, des bandelettes agglutinatives, plusieurs éponges fines et débarrassées des graviers qu'elles pourraient contenir, plusieurs seaux d'eau chaude et froide, cinq ou six cuvettes, un grand nombre de serviettes, un bandage de corps en flanelle, des pièces d'ouate non gommée, des compresses, de la charpie fine, des sondes uréthrales et des sondes à drainage, une seringue ou une poire de caoutchouc pour aspirer les liquides ou faire des lavages, du perchlorure de fer au 30e, du collodion riciné, un pinceau en poil de blaireau, du chloroforme, de la glace en morceaux, du madère et du malaga, du bouillon froid, enfin un baquet destiné à recevoir le liquide du kyste.

Le chirurgien doit être entouré d'aides en nombre suffisant et assigner à chacun d'eux le rôle qu'il aura à remplir pendant l'opération.

La malade étant couchée dans le décubitus dorsal, sur le lit ou sur la table préparés comme nous avons dit plus haut, l'opérateur se place de préférence à la droite de la patiente ; un des aides applique le chloroforme, et l'opération ne doit être commencée que lorsque l'anesthésie est complète; il importe de la maintenir jusqu'à ce que l'opération soit entièrement terminée.

Nous diviserons en cinq temps, comme M. Courty, l'opération proprement dite : Incision de la paroi abdominale; — ponction et évacuation du kyste; — rupture des adhérences, extraction de la tumeur, constriction et section du pédicule; — nettoyage exact des cavités abdominale et pelvienne; — réunion et suture de la plaie.

1° L'*incision abdominale* se fait toujours sur la ligne médiane. Elle s'étend depuis 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis jusqu'à l'ombilic, et quelquefois au-dessus. Sa longueur varie de 8 à 12 et 15 centimètres, suivant le volume de la tumeur, la nature et l'étendue des adhérences. Dans quelques cas, on est obligé de dépasser la région ombilicale et de donner à l'incision jusqu'à 20 ou 25 centimètres de longueur. En règle générale, il faut que l'incision soit assez étendue pour que le chirurgien puisse explorer les parties qui entourent le kyste, reconnaître les adhérences et le degré de résistance qu'elles opposent à la sortie de la tumeur. Si la première incision n'est pas suffisante, il est toujours temps de l'agrandir, sans dépasser cependant certaines limites.

On doit pratiquer l'incision doucement, couche par couche, jusqu'au péritoine, en ayant soin de lier les vaisseaux d'un certain volume, et de n'ouvrir la séreuse abdominale que lorsqu'on n'a plus à craindre d'hémorrhagie.

Quand on arrive sur le péritoine, il importe de le distinguer de la paroi même du kyste et d'inciser la séreuse sans léser la tumeur, afin d'éviter l'épanchement du liquide dans la cavité abdominale. On obtient ce résultat en faisant l'incision sur une sonde cannelée. L'incision du péritoine doit avoir les mêmes dimensions que celle des téguments.

2° Le péritoine étant ouvert, il faut glisser la main entre les parois de l'abdomen et le kyste, contourner la tumeur autant que possible, vérifier la nature, la forme et le volume du kyste; s'il est multiloculaire, constater le nombre des poches et leur grosseur relative, enfin s'assurer s'il existe des adhérences. Lorsque celles-ci sont molles, peu résistantes, on peut les détruire, dès ce moment, avec les doigts; mais cette exploration et ces manœuvres doivent être pratiquées avec une extrême douceur et les plus grandes précautions, sans effort et sans violence, afin de ne pas s'exposer à rompre les parois du kyste et à déterminer l'épanchement de son contenu dans le péritoine.

Les adhérences entre le kyste et le foie ou la rate augmentent

encore la gravité de l'opération. On risque, en essayant de les détruire, de déchirer le tissu de ces organes et de produire des accidents promptement mortels. Nous conseillons formellement, dans cette circonstance, de ne pas donner suite à l'opération commencée.

Après cette exploration et la destruction des adhérences, on ponctionne le kyste. On se sert des trocarts spéciaux de Thompson, de Spencer Wells ou de Kœberlé, dont le diamètre est suffisant pour permettre au liquide de s'écouler aisément, quelle que soit sa densité. Immédiatement après la ponction, on saisit la tumeur avec des pinces de Museux. En même temps, un aide comprime exactement, par l'intermédiaire de deux draps repliés, la paroi de l'abdomen jusque tout autour de l'incision, afin de refouler les viscères abdominaux, de les empêcher de sortir et de ne pas changer brusquement les conditions de la circulation abdominale (Kœberlé).

Si le kyste est uniloculaire, une seule ponction suffit pour le vider entièrement; mais s'il est multiloculaire, il faut ponctionner chaque loge successivement, en commençant par la plus volumineuse.

A mesure que le liquide s'écoule, les parois du kyste s'affaissent, et son volume diminue; alors le chirurgien saisit la tumeur et il l'attire au dehors entre les lèvres de l'incision abdominale.

Après cette manœuvre, il importe, si le kyste est multiloculaire, d'empêcher le liquide qui peut rester dans chaque loge de tomber dans la cavité du péritoine. Pour atteindre ce but, on établit une ligature autour de chacune des loges qui le composent. Quand le kyste est uniloculaire, on atteint le même résultat en accrochant le trocart au kyste et en l'abandonnant à lui-même.

3° L'extraction s'accomplit sans difficultés lorsque le kyste est libre d'adhérences et lorsqu'il est muni d'un long pédicule. Mais ce temps de l'opération devient très-critique et très-périlleux lorsque la tumeur est fixée par des adhérences, lorsqu'elle est sessile ou retenue par un pédicule très-court. Ces deux ordres de complications méritent de nous arrêter un instant.

D'abord quand il existe des adhérences, on doit s'appliquer à reconnaître leur siége, leur étendue et la nature des tissus qui les constituent. Lorsque les adhérences sont molles, on les détruit facilement avec la main. Lorsqu'elles sont formées d'un tissu dense, serré, résistant, on est obligé de les inciser avec des ciseaux courbes

au niveau de leur insertion à la paroi du kyste. Si elles sont vasculaires, on doit pratiquer des ligatures pour prévenir les hémorrhagies consécutives.

Cette exploration et ces manœuvres réclament de grandes précautions. Il ne faut pas exercer sur les adhérences des tractions trop fortes dans la crainte de déchirer les parois du kyste; il faut également prendre garde de léser ces parois lorsqu'on a recours à l'excision des brides.

Les adhérences établies entre le kyste et les parois du bassin, ou l'utérus et les trompes, méritent une attention particulière; elles rendent l'opération toujours difficile, souvent périlleuse, et quelquefois impossible. Dans les cas de ce genre, M. Kœberlé, ne pouvant pas détruire les adhérences, n'a pas hésité à enlever avec le kyste l'utérus et les trompes. Cette hardiesse a été plus d'une fois couronnée de succès.

Plusieurs procédés sont employés pour pratiquer la constriction du pédicule. Le plus simple consiste à étreindre fortement le pédicule soit avec des fils de chanvre ou de soie, comme Tyler Smith, soit avec des fils métalliques, comme Marion Sims. Kœberlé se sert d'un serre-nœud, qu'il appelle constricteur circulaire. La plupart des chirurgiens font usage d'un petit appareil compressif, nommé *clamp* ou *clipper*, inventé en 1858 par Hutchinson et perfectionné depuis par Spencer Wells. Cet instrument est composé de deux branches articulées et s'ouvrant comme celles d'un compas. On saisit et l'on serre le pédicule dans la partie la plus rapprochée de l'angle, on fixe le degré de constriction à l'aide d'une vis; puis, on désarticule les manches de manière à ne laisser que la partie de l'appareil qui opère la constriction.

Le clamp ne peut être appliqué que dans le cas où le pédicule est mince, étroit et suffisamment long. Dans certaines circonstances, on emploie simultanément la ligature et le clamp.

Quand le pédicule est lié, on en pratique la section au-dessus de la ligature, soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur linéaire. Clay et Backer Brown cautérisent la surface de section avec le fer rouge. Kœberlé touche légèrement le moignon du pédicule avec une solution de perchlorure de fer à 40 degrés.

Tyler Smith et Marion Sims abandonnent le pédicule dans l'abdomen, avec les ligatures coupées au ras du nœud. Ce procédé a l'inconvénient de laisser dans le ventre les ligatures qui agissent

comme un corps étranger, et peuvent devenir une cause de péritonite, de suppuration ou d'hématocèle péri-utérine, ainsi que Spencer Wells en a observé des exemples; sur cinq cas, il a vu deux fois survenir l'hématocèle et trois fois une péritonite mortelle.

Dans un autre procédé, on abandonne, comme dans le précédent, le pédicule dans l'abdomen; mais au lieu de couper les fils au ras du nœud, on les réunit et on les fixe dans l'angle inférieur de la plaie. Ce procédé est le plus généralement adopté.

On a proposé de supprimer les ligatures et de les remplacer par une espèce de clamp dentelé, destiné à comprimer fortement les tissus, à les écraser, à les mâcher, de manière à oblitérer les vaisseaux et à empêcher l'hémorrhagie. Ce mode opératoire n'offre pas assez de sécurité, suivant nous, et ne prévient pas assez sûrement les hémorrhagies consécutives; aussi nous pensons qu'il vaut mieux placer préalablement une ligature autour du pédicule.

Quelques chirurgiens, au lieu de lier le pédicule, se contentent de pratiquer la ligature des vaisseaux.

Lorsque le pédicule est épais et très-court, une ligature qui en comprendrait toute la masse serait insuffisante. Dans ce cas, il est préférable de le lier en deux ou trois portions. M. Boinet conseille encore de traverser le pédicule avec une longue aiguille ou tige de fer ou d'argent flexible, à laquelle on donne une courbure convenable. Cette aiguille traverse en même temps les parois abdominales, et est ensuite comprise dans la suture entortillée; elle remplace avantageusement le clamp.

4° Les ovariotomistes anglais ont démontré les premiers toute l'importance du quatrième temps de l'opération, qui consiste dans le nettoyage ou la toilette des cavités abdominale et pelvienne. On peut dire que le succès de l'ovariotomie dépend, en grande partie, du soin avec lequel on procède à ce nettoyage. Le moindre détritus, le plus petit caillot, la plus minime quantité de sang ou de sérosité laissés dans le péritoine peuvent donner lieu aux accidents les plus graves, et suffisent pour compromettre le résultat de l'opération. Il faut donc extraire jusqu'au dernier des corps solides et absterger jusqu'à la dernière goutte des liquides. On se sert d'une éponge neuve, fine, douce, bien lavée et bien débarrassée de tout produit étranger, que l'on promène successivement et à plusieurs reprises dans tous les points de l'excavation du bassin. Après ce nettoyage,

on doit s'assurer, par une attente suffisante, qu'aucun des vaisseaux coupés ne donne plus de sang; puis on fait rentrer doucement, avec une flanelle imbibée d'eau chaude, les intestins et l'épiploon dans la cavité abdominale, s'ils en étaient sortis pendant l'opération.

5° Le cinquième et dernier temps est la suture ou réunion des lèvres de la plaie. On maintient dans l'angle inférieur de l'incision, soit le clamp, soit les ligatures; puis on applique deux sutures superposées, l'une profonde, l'autre superficielle. On emploie indifféremment les fils métalliques ou les fils de soie et de chanvre.

La suture profonde peut être à points passés, comme l'appliquent les chirurgiens anglais, ou enchevillée, comme la pratique M. Kœberlé. MM. Spencer Wells, Boinet, Tyler Smith, Simpson, Keith et Courty sont d'avis de comprendre le péritoine dans la suture profonde. MM. Backer Brown, Clay et Kœberlé sont d'une opinion contraire; toutefois, M. Kœberlé fait passer le fil juste au-dessus du péritoine, dont il cherche à affronter les bords. La dernière suture profonde doit passer tout près du clamp, de manière à retenir le pédicule sans le traverser. Dans la suture profonde, les fils doivent passer à 5 ou 6 millimètres de l'incision du péritoine, et à 3 ou 4 centimètres de l'incision de la peau; et on laisse entre chaque point de suture environ 2 centimètres.

La suture superficielle est une suture entortillée ordinaire, comme celle du bec-de-lièvre.

Le succès de l'ovariotomie ne dépend pas seulement de l'habileté de l'opérateur, mais encore, et pour une très-large part, des soins, des précautions et de la vigilance dont on entoure la malade après l'opération. Aussi doit-on attacher la plus grande importance au pansement et à l'emploi des moyens propres à prévenir ou à combattre les complications.

Le pansement se fait toujours sur le lit où la malade a été opérée.

Il y a deux principales méthodes de pansement.

La plus ancienne, pratiquée par les ovariotomistes anglais et adoptée par la plupart des chirurgiens français, consiste à couvrir le ventre de plusieurs couches d'ouate et de flanelle chaudes, superposées et maintenues à l'aide d'un bandage de corps modérément serré. M. Boinet conseille, en outre, d'appliquer préalablement sur la plaie plusieurs couches de collodion riciné. Ce pansement a surtout pour

but de mettre les parois abdominales à l'abri des vicissitudes de la température, de les comprimer doucement, de les immobiliser et de les préserver de toute violence extérieure.

Une autre méthode de pansement est préconisée et employée par M. Kœberlé. Ce chirurgien recouvre l'abdomen d'une simple compresse, puis d'un drap plié en plusieurs doubles sur lequel il applique deux vessies de caoutchouc contenant de la glace, placées de chaque côté de l'incision et enveloppées de taffetas ciré. L'application de la glace peut être maintenue pendant un temps qui varie depuis plusieurs heures jusqu'à plusieurs jours. Dans un cas, M. Kœberlé a laissé la glace pendant onze jours. La glace est spécialement destinée à prévenir les mouvements fluxionnaires abdominaux, les hémorrhagies consécutives et les inflammations du péritoine.

Dans quelques cas où une hémorrhagie est à craindre, M. Kœberlé, outre les deux vessies remplies de glace, fait recouvrir le ventre de charpie imbibée d'une solution de sulfate de fer.

Immédiatement après le pansement, on doit donner à l'opérée un peu de vin sucré ou de vin de liqueur, de Xérès, de Malaga, de Porto, etc., afin de la réconforter et de provoquer une réaction vitale suffisante.

Puis la malade est placée dans un lit chaud et entourée de flanelle et de bouteilles remplies d'eau chaude. Il est essentiel d'entretenir dans la chambre une température constante de 18 à 20 degrés.

Le chirurgien doit rester auprès de l'opérée pendant quelques heures, afin de combattre les accidents immédiats qui pourraient se produire, et en particulier l'hémorrhagie.

Il faut recommander à la malade de ne faire aucun mouvement, d'observer le repos et l'immobilité les plus absolus. On doit interdire les visites inutiles, éloigner tous les sujets d'émotion et écarter toutes les causes de fatigue.

Pour éviter les efforts de la miction qui pourraient être douloureux et nuisibles, Tyler Smith introduit dans la vessie une sonde, qu'il laisse à demeure. Dans le même but, M. Boinet conseille de pratiquer le cathétérisme toutes les trois ou quatre heures. Ce dernier moyen nous paraît préférable au premier.

Il n'est pas moins important d'assurer le repos de l'intestin et de prévenir les besoins de défécation pendant les premiers jours qui suivent l'opération. On remplit cette condition en administrant des préparations narcotiques, et notamment la morphine, à la dose de

5 à 10 centigrammes dans une potion appropriée, prise par cuillerées toutes les deux heures. On suspend les opiacés s'ils sont mal tolérés et s'ils déterminent des nausées.

Pendant les deux premiers jours, l'alimentation des malades doit se composer exclusivement de bouillons et d'eau rougie. A partir du troisième, s'il ne survient aucune complication, on peut accorder des aliments et des boissons en quantité modérée, en se conformant au goût et aux habitudes des opérées.

La plaie réclame des soins vigilants, afin d'empêcher l'accumulation du pus sur les surfaces traumatiques et la putréfaction du pédicule, mortifié par la constriction. Pour prévenir ce dernier accident, M. Kœberlé badigeonne le moignon avec du perchlorure de fer caustique. Lorsque la suppuration est abondante et fétide, on doit pratiquer des pansements réitérés et couvrir la plaie de charpie imbibée d'une solution de sulfate de fer ou de sulfite de soude. On pourrait également se servir d'eau phéniquée au centième.

Dans les cas où le pus provient des parties profondes de la plaie et s'écoule difficilement, on doit introduire un tube de caoutchouc ou un tube de verre dans la cavité pelvienne, en le glissant le long du pédicule jusqu'au foyer purulent. Ce tube est laissé à demeure, et sert pour faire des lavages et des injections, soit avec de l'eau tiède, soit avec de l'eau iodée ou une solution de sulfite de soude, comme le recommande M. Kœberlé.

Il est prudent et utile de placer, dès le principe, un tube dans la profondeur de la plaie, lorsque des adhérences trop étendues, trop résistantes, ou trop vasculaires, obligent le chirurgien à laisser dans l'abdomen des lambeaux du kyste ou des fausses membranes, qui ne peuvent se détacher que par une longue et abondante suppuration. Alors, il est nécessaire aussi de répandre autour des malades des émanations de gaz antiputrides, de leur administrer à l'intérieur des préparations d'acide phénique ou d'acide thymique (1 à 2 grammes pour 1000 d'eau), de soutenir leurs forces par des toniques, des stimulants, un bon régime alimentaire, et de les placer dans les meilleures conditions hygiéniques.

Les complications les plus fréquentes à la suite de l'ovariotomie sont : l'ébranlement nerveux ou commotion, que les Anglais appellent *choc*, l'affaiblissement graduel des forces, l'hémorrhagie, les vomissements, la tympanite, la péritonite, l'infection putride ou purulente le tétanos.

Dans 18 cas, de 500 à 1000 grammes de sang, 12 guérisons et 6 décès.

Dans 6 cas, de 1000 à 2000 grammes de sang, 1 guérison et 5 décès.

Dans 2 cas, de 2000 grammes de sang et au-dessus, 2 décès et 0 guérison.

Durée de l'opération. — Dans 9 cas, une demi-heure, 9 guérisons, 0 décès.

Dans 28 cas, une heure, 21 guérisons, 7 décès.

Dans 16 cas, une heure et demie, 11 guérisons et 5 décès.

Dans 11 cas, deux heures, 4 guérisons et 7 décès.

Dans 5 cas, deux heures et demie et plus, 5 décès, 0 guérison.

Age. — De quinze à vingt ans, 1 cas, 1 décès, 0 guérison.

De vingt à vingt-cinq ans, 6 cas, 4 guérisons, 2 décès.

De vingt-cinq à trente ans, 7 cas, 5 guérisons, 2 décès.

De trente à trente-cinq ans, 21 cas, 16 guérisons, 5 décès.

De trente-cinq à quarante ans, 10 cas, 7 guérisons, 3 décès.

De quarante à quarante-cinq ans, 11 cas, 7 guérisons, 4 décès.

De quarante-cinq à cinquante ans, 6 cas, 4 guérisons, 2 décès.

De cinquante à cinquante-cinq ans, 3 cas, 1 guérison, 2 décès.

De cinquante-cinq à soixante ans, 2 cas, 1 guérison, 1 décès.

De soixante à soixante-cinq ans, 1 cas, 1 guérison, 0 décès.

De soixante-dix à soixante-quinze ans, 1 cas, 1 décès, 0 guérison.

Étendue de l'incision de la paroi abdominale. — Incision de 5 centimètres, 3 cas, 3 guérisons, 0 décès.

Incision de 10 centimètres, 9 cas, 8 guérisons, 1 décès.

Incision de 15 centimètres, 14 cas, 9 guérisons, 5 décès.

Incision de 20 centimètres, 16 cas, 10 guérisons, 6 décès.

Incision de 25 centimètres, 10 cas, 7 guérisons, 3 décès.

Incision de 30 centimètres, 5 cas, 1 guérison, 4 décès.

Incision de 40 centimètres, 3 cas, 2 guérisons, 1 décès.

Poids des kystes. — De 1 kilogramme, 1 cas, 1 guérison, 0 décès.

De 3 kilogrammes, 2 cas, 2 guérisons, 0 décès.

De 5 kilogrammes, 5 cas, 5 guérisons, 0 décès.

De 10 kilogrammes, 24 cas, 16 guérisons, 8 décès.

De 15 kilogrammes, 13 cas, 10 guérisons, 3 décès.
De 20 kilogrammes, 14 cas, 9 guérisons, 5 décès.
De 25 kilogrammes, 3 cas, 1 guérison, 2 décès.
De 30 kilogrammes, 3 cas, 0, guérison, 3 décès.
De 40 kilogrammes, 2 cas, 1 guérison, 1 décès.
De 50 kilogrammes, 2 cas, 0 guérison, 2 décès.

Nationalité des opérées. — Nord de la France et Belgique, 4 cas, 1 guérison, 3 décès.
Midi de la France, 10 cas, 6 guérisons, 4 décès.
Paris et ses environs, 8 cas, 5 guérisons, 3 décès.
Alsace et bords du Rhin, 38 cas, 24 guérisons, 14 décès.
Suisse, 4 cas, 3 guérisons, 1 décès.
Russie, Pologne, Valachie, 5 cas, 5 guérisons, 0 décès.

On peut résumer, dans les conclusions suivantes, les conséquences pratiques qui ressortent de ces données statistiques :

1° La gravité de l'ovariotomie est en raison directe de l'étendue et de la gravité des adhérences.

2° Les adhérences les plus graves sont celles du foie, du bassin et de l'utérus.

3° La gravité de l'opération est proportionnelle à la perte de sang. Dans les opérations de M. Kœberlé, de 100 à 1000 grammes de sang perdu, la mortalité a été sensiblement la même, 37 sur 100. De 1000 à 2000 grammes, la mortalité a été de 83,34 sur 100.

4° L'ovariotomie a donné une mortalité très-exactement proportionnelle à la durée de l'opération.

5° Les opérées, âgées de trente à trente-cinq ans, ont fourni la plus grande proportion de guérisons. Au-dessus de cinquante ans, la mortalité a été très-considérable, de 71,42 sur 100.

6° Les ponctions préalables ne paraissent avoir exercé d'influence sur la mortalité que lorsqu'elles ont été répétées plus de 5 fois.

7° La mortalité a été proportionnelle à la longueur de l'incision abdominale.

8° Elle a été proportionnelle aussi au poids de la tumeur.

9° Les vomissements n'ont eu d'influence funeste sur les suites de l'opération que lorsqu'il y a eu concurremment des adhérences graves.

10° Les succès de l'ovariotomie, à son début, aux États-Unis et

en Angleterre, semblaient tout d'abord établir une sorte d'immunité en faveur de la race anglo-saxonne; mais depuis quelques années l'opération ayant aussi bien réussi en France qu'en Amérique et dans la Grande-Bretagne, il n'est plus permis aujourd'hui d'attribuer une pareille influence à la nationalité.

CHAPITRE XII.

DES TUMEURS FIBRO-CYSTIQUES

On trouve, dans la science, un certain nombre d'observations de tumeurs du bassin désignées sous les noms de « *tumeurs fibro-cystiques, fibro-cellulaires, cystosarcomes* », et considérées comme des fibromes utérins au centre desquels se serait formé un kyste. Cette opinion est admise par MM. Barth, Backer-Brown, Atlee, Kiwisch, Kœberlé, Caternault et Péan. Elle est rejetée par M. Savory et par M. Boinet, qui a lu, sur ce sujet, devant l'Académie de médecine de Paris, le 26 avril 1870, un long et intéressant mémoire que nous allons mettre à profit pour tracer l'histoire de cette affection.

M. Boinet a recueilli, analysé et discuté la plupart des faits relatifs à ces lésions et publiés dans les différents recueils de médecine. Il fait ressortir la confusion qui règne parmi les auteurs sur le mode de développement des prétendues tumeurs fibro-cystiques, sur leur siége et sur les liquides qu'elles peuvent renfermer. Suivant M. Cruveilhier, les tumeurs véritablement fibro-cystiques ne renferment, dans leur cavité, que de la sérosité, tandis que d'autres anatomo-pathologistes y ont trouvé de la fibrine. Le docteur Klark, qui a examiné un grand nombre de ces liquides, admet qu'ils peuvent être séreux, gélatineux ou sanguinolents. M. Barth aurait constaté, une fois, un liquide séreux renfermant de la cholestérine et de la matière crétacée; une autre fois, un liquide albumineux et citrin. Le docteur Atlee, dans un cas, un liquide noir; dans un autre, un liquide clair et transparent; le docteur Rieux, un liquide qui ressemblait à de la boue splénique; MM. Icery et Kœberlé, un

liquide citrin et séreux, etc. Comme on le voit, ces liquides sont de nature très-variable, et se rencontrent plutôt dans les kystes de l'ovaire que dans les tumeurs fibro-cystiques.

Suivant M. Boinet, les tumeurs fibro-cystiques des auteurs ne sont que des kystes multiloculaires de l'ovaire dans des conditions particulières de transformation pathologique et de développement. Ce sont des kystes ovariques renfermant, dans l'épaisseur de leurs parois, des tumeurs dures, comme fibreuses ou aréolaires et fortement adhérentes à l'utérus. Elles n'ont pas leur point de départ dans le tissu utérin, comme les fibromes interstitiels ou péri-utérins; ce n'est que consécutivement à leur développement qu'elles ont contracté des adhérences très-intimes avec l'utérus ; elles peuvent, d'ailleurs, en contracter aussi avec tous les organes environnants, la vessie, le rectum, le pourtour du bassin, l'épiploon, le foie, le diaphragme, les parois abdominales, etc.

Une autre remarque sur laquelle insiste M. Boinet, c'est que le tissu des masses fibreuses, que l'on rencontre dans les parois des kystes ovariens, diffère sous tous les rapports du tissu des fibromes utérins ou péri-utérins. En effet, dit-il, dans les kystes, les tissus durs, serrés, compactes, qui souvent sont pris pour des tumeurs fibreuses, sont simplement des tumeurs aréolaires composées d'une infinité de petites loges ou lacunes. Elles ont la couleur blanc grisâtre des parois des kystes de l'ovaire, et ne sont jamais formées d'un tissu blanc nacré, criant sous le scalpel lorsqu'on le coupe, comme on l'observe dans les tumeurs fibreuses pures.

L'opinion de M. Boinet nous paraît devoir être adoptée de préférence. Toutefois, nous ne pensons pas que les tumeurs fibro-cystiques soient toujours le résultat d'une transformation que les parois des kystes multiloculaires subissent dans leur texture; nous sommes, au contraire, disposés à admettre que ces tumeurs prennent dès leur origine le caractère qu'elles offrent à une période plus avancée de leur développement.

Ce point de doctrine n'est pas encore suffisamment éclairé, et il réclame de nouvelles recherches.

Ces sortes de tumeurs se rencontrent, d'ailleurs, très-rarement. M. Kœberlé n'en cite que huit exemples dans son mémoire.

En outre, rien de plus obscur que le diagnostic des tumeurs fibro-cystiques. On les confond le plus souvent, soit avec les tumeurs fibreuses de l'utérus, soit avec les kystes multiloculaires de l'ovaire.

Aussi, comme le fait observer M. Boinet, est-ce presque toujours par suite d'une erreur de diagnostic qu'on a tenté jusqu'ici l'extirpation de ces tumeurs. Il en fut de même de l'extraction, par la gastrotomie, des corps fibreux de l'utérus.

Doit-on pratiquer l'extirpation des tumeurs dites fibro-cystiques et, en général, des tumeurs fibreuses péri-utérines, avec l'ablation partielle ou totale de l'utérus?

En ce qui concerne les fibromes, nous avons déjà dit, dans le chapitre consacré à l'histoire de ces tumeurs, que leur ablation expose à de grands dangers et présente beaucoup de gravité, et qu'on ne doit y recourir que dans des cas tout à fait exceptionnels, c'est-à-dire lorsque la tumeur est pédiculée et que l'opération réunit toutes les conditions d'un succès probable. Nous sommes heureux de voir que notre opinion à cet égard est conforme à celle de M. Boinet, de M. Demarquay et de la plupart des chirurgiens français. D'ailleurs, l'état de la question a été nettement exposé dans l'excellent rapport de M. Demarquay sur le travail de M. Boinet (*Académie de médecine*, séance du 29 octobre 1872). Aussi, croyons-nous devoir lui emprunter la plupart des considérations et des détails qui vont suivre.

On trouve dans la thèse de M. Caternault un tableau qui prouve que des chirurgiens distingués, tels que Atlee, Backer-Brown, Lisars, Dieffenbach, etc., reculèrent devant la difficulté d'enlever une tumeur fibro-cystique de l'utérus, et qu'après un examen attentif de la lésion, ils firent l'occlusion de la plaie abdominale et abandonnèrent les malades à elles-mêmes. Sur quatorze opérées, neuf survécurent et cinq sont mortes au milieu de l'opération. Ce qu'il y a d'intéressant à signaler, dit M. Demarquay dans son rapport sur le travail de M. Boinet, c'est que plusieurs des malades qui survécurent se portaient bien quelques années après qu'elles avaient subi cette opération inachevée. N'est-on pas autorisé à conclure de ces faits, qu'on ne doit pas se hâter de conseiller l'ablation des tumeurs péri-utérines? Telle est, d'ailleurs, la ligne de conduite que nous avons toujours suivie dans des circonstances pareilles.

D'autres chirurgiens, une fois la gastrotomie pratiquée, se décidèrent à enlever des tumeurs utérines qui, il faut le dire, étaient favorables à l'opération, attendu qu'il s'agissait de fibromes pédiculés. Parmi ces chirurgiens, on cite encore Atlee, Backer-Brown, Spencer Wells et Kœberlé. Sur vingt opérations de gastrotomie pratiquées

dans des cas de ce genre, on compte huit guérisons et douze morts : chiffre de mortalité bien supérieur à celui que fournit l'ablation des kystes de l'ovaire, quoique le chirurgien se trouvât dans des conditions identiques, et que souvent même la tumeur eût un volume médiocre et qu'elle dût produire peu de troubles dans les fonctions de l'économie.

Nous pensons, avec M. Boinet et avec M. Demarquay, qu'une chirurgie plus sage, plus prévoyante, aurait pu et même aurait dû s'abstenir de pareilles opérations.

Dans tous ces cas, la cause de la mort a été presque toujours l'hémorrhagie, la péritonite, la phlébite, etc.

A mesure que les succès de l'ovariotomie devinrent plus nombreux, plusieurs chirurgiens songèrent à appliquer la gastrotomie à la cure des tumeurs fibreuses utérines et péri-utérines, et ils furent conduits ainsi à tenter l'ablation complète ou partielle de l'utérus avec ces tumeurs.

Cette opération, pratiquée d'abord accidentellement, par Keath et par Clay en 1843, par Barnham en 1853, par Peale et par Kimbal en 1855, par Boid en 1856, par Spencer Wells en 1860, et par Kœberlé en 1862, a donné, dans cette première période, les résultats suivants consignés dans la thèse de M. Caternault : Sur 42 cas d'utérotomie partielle ou totale, il y a 33 morts et 9 guérisons. Tantôt l'utérus a été amputé seul ; tantôt l'utérus et les ovaires ont été enlevés. La conclusion à tirer de cette statistique, c'est que l'ablation partielle ou totale de la matrice, avec ou sans les ovaires, est une opération grave, redoutable, surtout quand elle a pour but d'enlever une tumeur volumineuse naissant des parois de cet organe.

Cependant, depuis 1862, des résultats heureux de cette opération ont été publiés par Spencer Wells, Kœberlé et Péan, qui la pratiquent et la conseillent dans certains cas déterminés. Malgré ces succès, M. Boinet et M. Demarquay rejettent, dans la majorité des cas, la gastrotomie appliquée à l'ablation des tumeurs de l'utérus.

Les raisons alléguées en faveur de l'ovariotomie ne sont pas applicables à l'ablation de l'utérus et des tumeurs utérines. En effet, les kystes de l'ovaire ont une marche plus rapide, et ils menacent bien plus vite la vie des malades que les fibromes. Ceux-ci peuvent rester longtemps stationnaires, finir même par s'atrophier ; ils sont, en un mot, compatibles avec la vie. Sans doute, il arrive quelquefois que

ces tumeurs prennent un grand développement et finissent par compromettre l'existence ; mais, il faut bien le reconnaître, c'est là une exception ; et quel chirurgien prudent oserait conseiller à une jeune femme de se faire débarrasser d'une tumeur péri-utérine peu volumineuse, par la gastrotomie, sous prétexte que cette tumeur peut acquérir un volume considérable? — Mais si la tumeur est volumineuse, si la vie de la malade est en danger, faut-il reculer devant l'opération? M. Boinet, et avec lui M. Demarquay, sont d'avis de s'abstenir même dans ce cas, d'abord parce que nul n'est sûr de pouvoir terminer l'opération, puis parce que la malade peut mourir d'hémorrhagie par le fait seul de l'ablation de la tumeur, à cause de son extrême vascularité.

Voici, d'ailleurs, une statistique que nous empruntons à l'ouvrage de M. Kœberlé et qui prouve, mieux que tous les raisonnements, combien la gastro-utérotomie, appliquée aux tumeurs fibreuses et aux tumeurs fibro-cystiques de l'utérus, offre de gravité :

Sur 41 opérations pour tumeurs fibreuses, on trouve 22 morts et 19 guérisons.

Sur 8 opérations de tumeurs fibro-cystiques, on compte 6 morts, 2 guérisons (dans un de ces deux derniers cas, l'opération n'a pas été achevée, la tumeur n'a pas été enlevée).

En tout, 28 cas de mort, dont voici les causes : hémorrhagie 8 fois; péritonite 8 fois; choc 3 fois; épuisement 2 fois; phlébite 1 fois; pyohémie 1 fois; mortification de l'intestin 1 fois ; cause non indiquée 4 fois.

D'après M. Demarquay, sur sept ou huit opérations, M. Spencer Wells n'a eu qu'un succès, et après avoir été partisan de la gastro-utérotomie, il aurait renoncé à la pratiquer.

M. Boinet termine son travail, et M. Demarquay son rapport, par les conclusions suivantes, qui sont conformes à notre propre opinion :

1° La gastrotomie, appliquée à l'extirpation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, ne doit point être faite pour enlever les tumeurs compatibles avec la vie.

2° L'ablation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, volumineuses, ayant contracté des adhérences avec les viscères intérieurs ou la cavité du bassin, nécessitant l'ablation de l'utérus et des ligaments larges, doit être également rejetée à cause de sa gravité, et de la mort presque fatale qui en est la conséquence par la

spoliation sanguine considérable, et par l'ébranlement de toute l'économie ou choc inséparable de cette grande opération.

Toutefois, le diagnostic précis des tumeurs utérines et ovariques est encore tellement difficile dans certains cas, que le chirurgien peut être amené à pratiquer la gastrotomie croyant avoir affaire à un kyste ovarique, et qu'il tombe sur une tumeur fibro-cystique prenant naissance dans les parois de l'utérus. Dans ce cas, si la tumeur est pédiculée, ou si elle peut l'être, comme dans le fait rapporté par M. Kœberlé, si elle n'a contracté aucune adhérence grave avec les parties voisines, si même elle peut être enlevée avec un segment de la matrice, nous croyons, avec M. Boinet, que le chirurgien, malgré la gravité du cas, doit achever son opération. Les quelques exemples de succès qui ont été rapportés autorisent l'opérateur à suivre cette pratique.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut que se ranger à l'avis si sage de M. Demarquay; mais n'est-il pas possible qu'il en soit de l'extirpation des tumeurs fibro-cystiques comme de l'ovariotomie, et qu'un jour cette opération, actuellement si redoutée, n'entre dans le domaine de la pratique, grâce aux progrès de la chirurgie et aux perfectionnements des procédés opératoires?

CHAPITRE XIII.

DES TUMEURS SOLIDES DE L'OVAIRE.

Les tumeurs solides de l'ovaire peuvent être distinguées en tumeurs *bénignes* et tumeurs *malignes*.

La première variété comprend les kystes pileux, les tumeurs fibreuses et les enchondromes.

Dans la seconde variété on trouve les diverses tumeurs ovariques, désignées sous les noms de *cancer aréolaire* ou *gélatiniforme*, de *cystosarcomes*, de *cystocarcinomes*, d'*enchondromes*, etc.

Nous devons faire observer que beaucoup de ces tumeurs ont été confondues avec les tumeurs fibro-cystiques, à l'étude desquelles nous avons consacré le chapitre précédent.

I. — Tumeurs bénignes.

Kystes pileux. — On désigne sous le nom de *kystes pileux* des tumeurs ovariques constituées par une poche membraneuse, renfermant des débris organiques divers, tels que des poils, des dents, des os, des amas de graisse, etc.

Les poils sont les plus communs et les plus abondants de ces débris; c'est ce qui a valu à ces sortes de kystes le nom qu'ils portent.

La structure de leur paroi offre des particularités qui ont été bien étudiées surtout par M. Lebert. Cette paroi est constituée, selon cet auteur, par une couche fibro-cellulaire, doublée d'une tunique fibreuse qui forme un véritable kyste adventif. A l'intérieur de cette membrane on trouve souvent une coque ossiforme, qui n'est qu'une partie de la couche fibreuse ossifiée. En dedans de cette dernière couche, il y en a une troisième analogue à la peau, ayant quelquefois des papilles, des glandes sébacées, des glandes sudoripares et des follicules pileux.

Les poils que renferme le kyste sont tantôt libres, tantôt adhérents à la surface interne de la tumeur. Les poils libres sont rarement épars; le plus souvent collés entre eux par de la matière grasse, ils forment des masses ou des espèces de pelotons, enchevêtrés parfois d'une manière inextricable, et que M. Rokitansky appelle *globes pili-graisseux*.

Les dents qu'on y découvre quelquefois appartiennent, en général, à la première dentition. Ordinairement leur nombre ne dépasse pas six, et l'on doit considérer comme tout à fait exceptionnels les cas où l'on a compté jusqu'à cinquante, soixante et même cent dents. Ces dents sont tantôt libres, tantôt implantées dans un os ou dans des parties molles.

Quant aux os, ils sont généralement petits, rudimentaires, informes et difficilement reconnaissables.

Les kystes pileux n'appartiennent pas exclusivement aux femmes pubères et à celles qui ont eu des rapports sexuels. Dans un mémoire communiqué par M. Pigné à la Société anatomique, en 1846, on lit que, sur dix-huit cas de kystes pileux analysés par cet auteur, cinq ont été trouvés chez des jeunes filles âgées de moins de douze ans, six chez des enfants de six mois à deux ans, quatre chez

des fœtus femelles arrivés à terme ; enfin trois chez des fœtus expulsés au huitième mois de la gestation.

Ces faits sont bien de nature à démontrer que les kystes pileux ne doivent pas toujours être rapportés à une grossesse extra-utérine, et qu'il faut invoquer une autre doctrine pour rendre compte de tous les cas. On admet généralement que les kystes pileux qui ne résultent pas d'une grossesse ovarienne proviennent d'une inclusion parasitaire, c'est-à-dire du développement imparfait, rudimentaire, d'un germe ou d'un embryon dans un autre embryon.

M. Lebert a proposé une autre explication. Se fondant sur la structure des parois kystiques, si analogue à celle de la peau, et sur la nature des produits renfermés dans la tumeur, cet habile anatomiste est d'avis qu'il y a génération spontanée d'une partie du tégument sur l'ovaire ou sur quelque point des organes intrapelviens. Il désigne ce phénomène sous le nom d'*hétérotopie plastique*. M. Lebert a développé cette théorie d'une manière très-séduisante et même il l'a appuyée sur des faits nombreux et incontestables ; néanmoins, on ne peut s'empêcher de dire avec M. Houel et de répéter avec Becquerel, « qu'on ne comprend que difficilement cette production sur place d'une membrane aussi complexe que la peau ».

Quelle que soit celle des théories qu'on adopte, il reste encore à expliquer pourquoi les kystes pileux n'ont été rencontrés jusqu'à présent que dans des fœtus femelles ou dans des cadavres de jeunes filles. Le sexe exercerait-il une influence déterminante absolue sur la production de l'inclusion fœtale ou de l'hétérotopie plastique ? Il y a là une question que les embryologistes n'ont pas encore résolue.

Corps fibreux de l'ovaire. — L'histoire de ces sortes de lésions est entourée d'obscurité. En lisant ce qu'a écrit Cruveilhier à ce sujet, on reste convaincu que les différentes variétés de tumeurs fibreuses ovariques admises par cet auteur peuvent être rapportées à des kystes aréolaires ayant subi une sorte de transformation fibreuse.

M. Scanzoni décrit une tumeur solide de l'ovaire dont la structure offre aussi très-peu d'analogie avec celle des corps fibreux utérins. En effet, cette tumeur, qui avait le volume d'une tête d'adulte et qui pesait 9 kilogrammes, était formée d'un tissu fibreux lâche, renfermant de nombreux vaisseaux, et, sur quelques points, des

lacis veineux, dont l'organisation était semblable à celle des corps caverneux.

Enchondromes de l'ovaire. — Kiwisch, d'après M. Scanzoni, aurait observé deux fois des *enchondromes* de l'ovaire. Mais le professeur de Wurtzbourg n'est guère porté à partager l'avis de son collègue de Prague sur la nature chondroïde de ces tumeurs. C'est donc un point d'anatomie pathologique qui est encore à résoudre entièrement.

II. — Tumeurs malignes.

Cancer de l'ovaire. — Le cancer primitif de l'ovaire est extrêmement rare ; le plus souvent ce n'est que secondairement que le tissu ovarien est envahi par un carcinome, développé d'abord sur un organe voisin, l'utérus, le péritoine ou le rectum.

Dégénérescences kystiques. — Nous croyons que c'est ici le lieu de décrire certaines tumeurs dont la nature n'est pas encore très-bien connue, mais qui paraissent être des kystes dégénérés et transformés en tissu de mauvaise nature, se rapprochant plus ou moins de la constitution des cancers. Ces tumeurs ont été bien étudiées, surtout par les anatomo-pathologistes allemands. Nous ne ferons qu'analyser la description assez complète qu'en donne M. Scanzoni, dans son *Traité des maladies des organes sexuels de la femme.*

Tumeurs colloïdes de l'ovaire. — Virchow, Kiwisch et Scanzoni décrivent le cancer alvéolaire ou gélatiniforme des anatomistes français sous le nom de *tumeurs colloïdes* de l'ovaire. Ces tumeurs sont constituées par une poche fibreuse, dont l'intérieur est traversé par des lames ou cloisons de tissu cellulaire, circonscrivant des espaces coniques dont le sommet converge vers le centre, et la base regarde la périphérie; ces grandes loges sont divisées à leur tour par des brides ou des cloisons plus petites en un nombre considérable d'alvéoles; il en résulte une charpente réticulaire, un filet à mailles nombreuses, irrégulières, ordinairement polygonales, et des cavités de formes variées, cylindriques, prismatiques, polyédriques, remplies ordinairement d'une masse homogène, semblable à de la gélatine.

Cependant, les parois de la poche et son contenu sont susceptibles de diverses modifications pathologiques, ce qui altère l'homo-

généité de la tumeur. Ainsi les cloisons et les tractus celluleux subissent assez souvent la dégénérescence graisseuse ; il s'ensuit que des corpuscules graisseux et des cristaux de cholestérine se mêlent à la matière gélatiniforme. La paroi alvéolaire peut devenir le siége d'une exsudation albumineuse ou fibrineuse ou même d'une exhalation purulente ; quelques-uns des vaisseaux qui parcourent les cloisons celluleuses peuvent se rompre et déterminer une hémorrhagie plus ou moins abondante. Il en résulte qu'en certains points la matière gélatiniforme du kyste se ramollit et se liquéfie, et qu'une ou plusieurs de ses loges renferment un liquide de couleur et de consistance variables, laiteux, jaune-paille, gris rougeâtre, sanguinolent et semi-liquide comme une solution de chocolat.

Cystosarcomes. — Ce sont des tumeurs de l'ovaire composées d'une masse cellulo-fibreuse au milieu de laquelle sont creusées des cavités dont le contenu est très-variable. Ces cavités, circonscrites par des parois épaisses, très-vasculaires, quelquefois comme caverneuses, renferment rarement un liquide clair et limpide ; le plus souvent ce liquide est jaunâtre, sanieux ou purulent ; quelquefois on y trouve du sang presque pur ; dans certains cas rares, on y a vu de la graisse ou des poils.

M. Scanzoni considère ces tumeurs comme « des sarcomes accompagnés d'une hydropisie enkystée ». Ne serait-il pas plus juste de les regarder comme des kystes multiloculaires ou pileux, dont les parois ont subi une transformation de mauvaise nature?

Cystocarcinomes. — Ces tumeurs consistent en des kystes multiples remplis de cancer médullaire. Tantôt le cancer se développe dans l'épaisseur de la paroi kystique, sous forme d'infiltration ; tantôt il adhère à la surface interne de cette paroi, sous forme de tumeurs plus ou moins volumineuses ou d'excroissances papillaires. « Ces tumeurs sont tantôt pédiculées, tantôt fixées sur une base large ; elles sont toujours molles, tuméfiées, très-riches en vaisseaux. Elles remplissent quelquefois les cavités du kyste, et l'on en a même vu qui avaient fini par en perforer les parois et qui se développaient dans une cavité voisine ou à l'extérieur de la tumeur. » (Scanzoni.)

Les cavités du cystocarcinome peuvent, en outre, contenir de la sérosité, du sang, du pus, un liquide sanieux ou ichoreux, de la matière colloïde, et plus rarement de la graisse, des poils, des dents ou des os.

Toutes les variétés de tumeurs ovariques que nous venons de décrire donnent lieu aux mêmes troubles fonctionnels que les simples kystes de l'ovaire. Mais elles s'en distinguent, généralement, par les signes tirés de l'exploration physique. Au lieu d'une tumeur homogène, rénitente dans toute son étendue, habituellement fluctuante, à surface régulièrement convexe, on trouve une tumeur hétérogène, à surface inégale, alternativement anfractueuse et bosselée, molle et fluctuante dans un point, consistante et dure dans un autre.

Toutes ces tumeurs peuvent acquérir un développement énorme. Elles constituent des lésions graves par elles-mêmes et par la gêne qu'elles déterminent dans la plupart des grandes fonctions.

On ne peut guère conseiller contre elles qu'un traitement palliatif. C'est en vain qu'on espérerait en triompher par l'usage des résolutifs et des altérants. Les préparations d'or, de mercure, d'iode, de ciguë, etc., échouent dans ces altérations de l'ovaire, comme dans toutes les autres espèces de lésions organiques.

On doit donc se contenter de soutenir le ventre et d'immobiliser la tumeur à l'aide d'une ceinture abdominale ou mieux d'une ceinture hypogastrique, et de prévenir ou de calmer les accidents et les douleurs par la prescription d'un régime convenable, de précautions hygiéniques et, quand il y a lieu, par l'usage des bains, des cataplasmes, des fomentations émollientes ou narcotiques, ou même par l'administration de l'opium, de la belladone, du chloroforme, etc.

Si la malade réclame une opération chirurgicale, si elle demande instamment à être débarrassée de sa tumeur, la gastrotomie et l'extirpation de l'ovaire malade constituent la seule méthode applicable à la cure radicale des tumeurs dont nous venons de donner une courte description. Toutefois, la nature grave des lésions, les adhérences étendues et profondes qu'elles contractent avec les tissus voisins, rendent, dans ce cas, l'ovariotomie si difficile et si périlleuse, qu'il est plus prudent, suivant nous, de s'abstenir d'une opération qui expose les malades à une mort presque certaine.

CHAPITRE XIV.

TUBERCULISATION DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES

Nous réunirons dans un même chapitre l'étude de la tuberculisation de l'utérus et de ses annexes, parce que les tubercules se montrent rarement, à l'état isolé, dans un seul de ces organes, qu'ils se développent le plus souvent d'une manière simultanée dans les divers tissus de l'appareil génital de la femme, et qu'ils se manifestent toujours par les mêmes symptômes et par les mêmes altérations organiques.

Signalée seulement d'une manière incidente par Andral et d'autres observateurs, l'affection tuberculeuse des organes génitaux de la femme fut décrite pour la première fois par M. Reynaud, en 1831, dans les *Archives générales de médecine*. Cruveilhier et Louis en rapportèrent d'autres exemples. Dugès et Boivin en font mention dans leur *Traité des maladies de l'utérus*. Plus tard, de nouvelles observations et de nouvelles recherches furent publiées sur ce sujet par Kiwisch, Coote, Wilh, Geil, Virchow, Paulsen, Namias, Cristoforis, Scanzoni, Bianco Giuseppe, Rokitanski, Aran, Bernutz et Goupil, Crocq, Oldlam, Siredey. Enfin, en 1865, M. Brouardel, dans sa thèse inaugurale, exposant le fruit de ses recherches personnelles, les travaux de ses devanciers et les documents épars dans les publications étrangères, présenta une étude très-complète de la question, à laquelle rien n'a été ajouté depuis.

Jusqu'à présent, la tuberculisation des organes génitaux de la femme avait été considérée comme très-rare. D'accord avec Aran, M. Brouardel soutient, au contraire, que la phthisie pulmonaire, la diathèse tuberculeuse, retentit avec une singulière fréquence sur le système utérin. M. Courty conteste cette opinion et regarde encore la tuberculose comme la plus rare des altérations morbides de l'appareil génital de la femme. Cette contradiction résulte de ce que M. Courty, n'admettant qu'une forme de tubercule, le tubercule vrai ou interstitiel, révoque en doute la nature tuberculeuse de l'altération décrite par M. Brouardel sous les noms de « produit tuberculeux, produit phymatoïde, tubercule en nappe ». Suivant M. Courty, ce produit ne serait qu'une matière purulente sécrétée

par les muqueuses ou les ulcères de ces membranes et déposée à leur surface chez les sujets scrofuleux et tuberculeux. D'ailleurs, M. Brouardel lui-même a le soin d'établir une distinction préalable entre le tubercule granuleux qui se développe toujours dans le tissu conjonctif, et le produit dont il étudie l'évolution dans les organes génitaux. Il convient que « ce produit n'a du vrai tubercule ni les caractères anatomiques, ni les caractères cliniques, et qu'il en diffère autant que l'inflammation franche, aiguë, chez un individu sain de toute diathèse, diffère de l'inflammation chez un scrofuleux ».

Nous nous rangeons volontiers à cette dernière opinion, qui est aujourd'hui généralement adoptée, et qui repose sur ce fait d'observation, à savoir : que le tubercule en nappe se rencontre plus spécialement chez les sujets scrofuleux, ainsi que Cruveilhier en avait fait depuis longtemps la remarque dans son *Traité d'anatomie pathologique.*

Quant à la fréquence de cette lésion, nous croyons qu'elle a été beaucoup exagérée par Aran et par M. Brouardel. Dans le cours de notre longue pratique, nous n'avons rencontré qu'un très-petit nombre de cas bien authentiques de tuberculisation utéro-ovarienne.

Anatomie pathologique. — Il résulte de ce qui vient d'être exposé que la tuberculisation des organes génitaux de la femme, peut se rencontrer sous deux formes : 1° la forme *vraie*, constituée par le tubercule *granuleux* ou *interstitiel ;* 2° la forme *phymatoïde*, constituée par la matière *caséiforme* (de Cruveilhier), ou le *tubercule en nappe* (de Brouardel).

Il est extrêmement rare de rencontrer isolément le tubercule vrai, interstitiel, dans l'utérus ou dans ses annexes. Le plus souvent il existe avec le tubercule en nappe. Dans les trois cas rapportés par MM. Reynaud, Namias et Courty et dans un quatrième que nous avons observé nous-mêmes, les tubercules granuleux occupaient tantôt le tissu sous-muqueux des trompes, tantôt l'épaisseur des parois de l'utérus, tantôt la trame du parenchyme de l'ovaire. Quelquefois on les trouve dans tous ces organes en même temps. Ils se présentent dans leurs divers degrés d'évolution, à l'état de crudité, de ramollissement ou de suppuration ; ils peuvent même donner lieu, comme dans les poumons, à de véritables cavernes, dont les parois s'ulcèrent, se perforent et s'ouvrent dans les organes creux

du voisinage, la vessie, le rectum, le péritoine, de la même manière que les abcès péri-utérins.

Les caractères anatomiques assignés par M. Brouardel à la tuberculisation en nappe nous ont paru tellement exacts, et ils s'accordent si bien avec nos propres observations, que nous croyons devoir lui emprunter, en la résumant, la description qu'il en donne.

Dans cette forme, le dépôt tuberculeux ne se fait pas dans la trame des tissus, mais à leur surface interne. En ouvrant la cavité utérine ou les conduits des trompes, on voit leur membrane muqueuse recouverte par une couche plus ou moins épaisse de matière caséo-purulente. Cette matière est d'une couleur blanc jaunâtre; elle a la consistance du mastic ou d'une crème épaissie. Elle est peu adhérente et elle s'enlève aisément avec le manche d'un scalpel.

La membrane muqueuse sous-jacente ne présente le plus souvent aucune altération. D'autres fois, elle est rouge, injectée, villeuse, épaissie. Suivant M. Martel, l'épaisseur du chorion muqueux pourrait être envahie par l'infiltration tuberculeuse.

La matière phymatoïde se dépose très-rarement dans le col de l'utérus. La cavité du corps utérin en est le siége de prédilection. Ce dépôt est ordinairement plus abondant sur la face postérieure et supérieure de l'organe que dans les autres points; il en est de même au niveau de l'orifice des trompes, surtout quand ces conduits sont atteints. Chez les femmes récemment accouchées, il occupe de préférence la surface d'insertion du placenta.

Tantôt la matière tuberculeuse est uniformément répandue dans les trompes, et alors ces organes sont dilatés et conservent leur forme cylindrique. Tantôt la substance tuberculeuse se distribue d'une manière irrégulière, s'accumule par place et donne aux trompes l'aspect d'un cordon moniliforme, présentant des renflements et des rétrécissements alternatifs.

Les trompes, ainsi remplies du produit morbide, peuvent être libres dans leurs orifices péritonéal et utérin; on peut alors, par la compression, en faire sortir la matière tuberculeuse. Dans d'autres cas, toute communication a disparu entre le péritoine et le tube ovarien, la trompe forme un cul-de-sac dans lequel s'amasse indéfiniment la matière tuberculeuse. L'oblitération de l'orifice utérin est beaucoup plus rare.

En général, l'utérus s'hypertrophie et double ou triple de volume. Seulement, à mesure que la lésion fait des progrès, la cavité

utérine se dilate, ses parois s'amincissent, à tel point qu'il est quelquefois difficile de déterminer dans quel tissu s'arrête l'altération pathologique.

Les ovaires peuvent être envahis, comme l'utérus et les trompes, par les tubercules; mais il est rare de les voir atteints isolément. Quand leur tissu propre est affecté, il peut se présenter dans deux états différents, déterminés uniquement, selon toute probabilité, par l'ancienneté de la lésion. Ou bien des masses dures font saillie à la surface, c'est du tubercule cru; ou bien la dégénérescence a lieu au sein du tubercule, l'ovaire s'enflamme et forme alors un abcès de volume variable. La tunique albuginée peut résister au travail de destruction; l'ovaire ressemble alors, suivant la comparaison de M. Namias, à une châtaigne dont il ne reste que la coque. Assez souvent, on trouve cette coque remplie de pus et s'ouvrant par un trajet fistuleux dans le rectum ou dans le péritoine.

Dans un cas rapporté par M. Siredey, la matière tuberculeuse était déposée en assez grande quantité derrière l'utérus, dans le cul-de-sac utéro-rectal.

Cruveilhier a signalé depuis longtemps la coexistence de la tuberculisation du péritoine et de la tuberculisation des trompes et de l'utérus.

Les tubercules envahissent très-rarement le vagin et la vessie.

Les ganglions mésentériques sont souvent dégénérés.

Nous empruntons à M. Brouardel un tableau qui indique la fréquence relative de la tuberculisation dans les diverses parties des organes génitaux. Sur 45 cas, il y avait des tubercules :

Dans le corps de l'utérus seul	4	fois.
Dans le corps et le col de l'utérus seuls	1	—
Dans les trompes seules	8	—
Dans l'ovaire seul	4	—
Dans le vagin seul	2	—
Dans l'utérus et les trompes	8	—
Dans l'utérus et l'ovaire	3	—
Dans les trompes et les ovaires	7	—
Dans le col de l'utérus et le vagin	1	—
Dans l'utérus, les trompes	5	—
Dans le corps et le col de l'utérus, les trompes et les ovaires.	1	—
Dans l'utérus, les trompes et le vagin	1	—

On voit par ce tableau que la tuberculisation est rarement limitée

à un seul des organes génitaux internes de la femme; qu'elle affecte le plus souvent d'une manière simultanée deux ou plusieurs parties de cet appareil; que les trompes sont le siége de prédilection des tubercules (30 fois sur 45); puis viennent le corps de l'utérus (21 fois), et les ovaires (20 fois); enfin, le vagin (4 fois), et le col de l'utérus (3 fois).

La présence des tubercules dans les trompes, les ovaires et l'utérus, donne lieu à des inflammations de voisinage dont on retrouve les traces permanentes sous forme d'adhérences, de brides, d'épanchements séreux, de collections purulentes. Ces lésions consécutives amènent le plus souvent, dans les tissus et les organes pelviens, de telles déformations, de tels changements de position et de rapports, qu'il est quelquefois impossible de préciser le siége exact de l'altération primitive.

La tuberculisation des organes génitaux existe rarement seule. Dans la très-grande majorité des cas, elle coïncide avec la présence de tubercules dans d'autres organes et particulièrement dans les poumons. On ne trouve dans la science que trois faits avérés de tuberculisation génitale en dehors de la phthisie pulmonaire. Ces faits ont été publiés par MM. Siredey, Tomlinson et Puech; encore devons-nous ajouter que, dans les deux observations de MM. Siredey et Puech, il y avait, en même temps, des tubercules dans le péritoine.

Étiologie. — La tuberculisation des organes génitaux se rencontre à tous les âges; mais on l'observe plus souvent dans la période de la vie où les fonctions de ces organes ont acquis leur plus haut degré d'activité, c'est-à-dire de vingt à trente ans.

Le tableau suivant, que nous empruntons encore à M. Brouardel, ne peut laisser aucun doute à cet égard.

Sur 56 cas de tuberculisation des organes génitaux, on en trouve 6 chez des sujets de 2 mois 1/2 à 9 ans; 7 de 12 à 20 ans; 16 de 20 à 30 ans; 9 de 30 à 40 ans; 3 de 40 à 47 ans; 2 à 55 ans; 2 de 75 à 79 ans.

L'âge joue ici le même rôle que dans la production des autres lésions utérines ou péri-utérines.

La constitution a également une influence marquée sur le développement des tubercules dans les organes génitaux. On sait, en effet, que les femmes lymphatiques y sont plus prédisposées que les

sujets doués d'une bonne constitution; aus
compte de toutes les causes qui ont pour
et d'amener l'appauvrissement du sang.

Ce que nous disons de la constitution,
tout de la diathèse tuberculeuse et de la sc
l'organisme peuvent, sans le concours d'au
lieu à un dépôt de matière tuberculeuse d

La diathèse tuberculeuse agit sur l'uté
comme elle agit sur les autres organes.

Parmi les causes qui contribuent au dével
dans les organes génitaux, nous devons m
constances qui peuvent y produire un éta
flammatoire. Ainsi agissent les excès vénér

On peut ranger dans le même ordre de ca
fausses couches, l'état puerpéral, les troubl

Mais toutes ces causes sont occasionnell
production de la maladie qu'avec le concc
culeuse.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC. — Des tul
lopper dans les organes génitaux de la fem
certain temps, leur présence se trahisse pa
bide, par aucun trouble fonctionnel. Ils re
jusqu'à ce que, sous l'influence des progr
cause accidentelle, ils donnent lieu à des sy
raux qui permettent d'en soupçonner l'exis

D'autres fois, et c'est le cas le plus fré
génitale détermine un ensemble de symp
grande analogie avec ceux des phlegmasies
de ses annexes. Soit dans les faits que nous
les observations publiées par les auteurs, n
de symptômes propres à la tuberculisatio
et caractéristiques de cette affection.

Cette absence de signes pathognomoniq
très-obscur le diagnostic de la tuberculi
taux.

Néanmoins, il est permis de soupçonner l
dans ces organes lorsqu'on rencontre, chez
ptômes des phlegmasies utérines et péri-

phthisie pulmonaire. Mais, même dans ces conditions, le diagnostic ne peut pas être établi avec une certitude suffisante.

Voici une description sommaire des troubles locaux et généraux occasionnés par la tuberculisation utéro-ovarienne.

Il existe une douleur dans le bas-ventre, soit à gauche, soit à droite, soit des deux côtés à la fois. Cette douleur est, en général, sourde, profonde, peu intense, à moins qu'il n'y ait en même temps une péritonite ou une inflammation péri-utérine à l'état aigu ou subaigu. Elle augmente par la pression de l'hypogastre, et elle est sujette à des redoublements, qui correspondent à des poussées congestives ou à des recrudescences inflammatoires se produisant surtout à l'époque des règles. Suivant quelques auteurs, cette douleur ne s'accompagne pas des irradiations si fréquentes dans les névralgies utérines ou péri-utérines.

Le plus souvent le bas-ventre présente un certain degré de tension en rapport avec l'intensité de la douleur locale. Cette tension acquiert son maximum de développement lorsque la tuberculisation génitale est compliquée de péritonite.

Les troubles de la menstruation sont une conséquence habituelle de cette lésion. La métrorrhagie est rare ; le plus souvent les règles sont irrégulières ou supprimées ; mais ce symptôme s'observe presque constamment aussi dans la phthisie pulmonaire, et par conséquent il est nullement caractéristique de la tuberculisation utéro-ovarienne.

La plupart des malades sont atteintes d'une leucorrhée, qui consiste dans un écoulement de matières blanchâtres, verdâtres, d'un blanc jaunâtre, ayant quelquefois une odeur désagréable que quelques auteurs comparent à celle du cancer.

Les signes objectifs, c'est-à-dire ceux qui sont fournis par les divers modes d'exploration hypogastrique et vaginale, ne présentent pas une valeur diagnostique plus grande que les symptômes subjectifs que nous venons de mentionner. Comme on va le voir, ces signes ne diffèrent pas sensiblement non plus de ceux qui appartiennent aux engorgements inflammatoires péri-utérins.

Ainsi, par la palpation de l'hypogastre, on constate assez souvent une tension plus grande des parois abdominales, une sensibilité exagérée dans les régions utéro-ovariennes, et parfois une augmentation de volume de l'utérus, et une tumeur développée à droite ou à gauche de cet organe.

sujets doués d'une bonne constitution; aussi doit-on tenir un grand compte de toutes les causes qui ont pour effet d'abaisser les forces et d'amener l'appauvrissement du sang.

Ce que nous disons de la constitution, nous devons le dire surtout de la diathèse tuberculeuse et de la scrofule. Ces deux états de l'organisme peuvent, sans le concours d'aucune autre cause, donner lieu à un dépôt de matière tuberculeuse dans les organes génitaux.

La diathèse tuberculeuse agit sur l'utérus et sur ses annexes, comme elle agit sur les autres organes.

Parmi les causes qui contribuent au développement des tubercules dans les organes génitaux, nous devons mentionner toutes les circonstances qui peuvent y produire un état congestif ou un état inflammatoire. Ainsi agissent les excès vénériens, la constipation, etc.

On peut ranger dans le même ordre de causes l'accouchement, les fausses couches, l'état puerpéral, les troubles de la menstruation.

Mais toutes ces causes sont occasionnelles; elles n'agissent sur la production de la maladie qu'avec le concours de la diathèse tuberculeuse.

Symptomatologie et diagnostic. — Des tubercules peuvent se développer dans les organes génitaux de la femme, sans que, pendant un certain temps, leur présence se trahisse par aucun phénomène morbide, par aucun trouble fonctionnel. Ils restent ainsi à l'état latent, jusqu'à ce que, sous l'influence des progrès de la lésion ou d'une cause accidentelle, ils donnent lieu à des symptômes locaux ou généraux qui permettent d'en soupçonner l'existence.

D'autres fois, et c'est le cas le plus fréquent, la tuberculisation génitale détermine un ensemble de symptômes qui offrent la plus grande analogie avec ceux des phlegmasies chroniques de l'utérus et de ses annexes. Soit dans les faits que nous avons recueillis, soit dans les observations publiées par les auteurs, nous n'avons jamais trouvé de symptômes propres à la tuberculisation utérine et péri-utérine et caractéristiques de cette affection.

Cette absence de signes pathognomoniques rend très-difficile et très-obscur le diagnostic de la tuberculisation des organes génitaux.

Néanmoins, il est permis de soupçonner la présence de tubercules dans ces organes lorsqu'on rencontre, chez le même sujet, les symptômes des phlegmasies utérines et péri-utérines et ceux de la

phthisie pulmonaire. Mais, même dans ces conditions, le diagnostic ne peut pas être établi avec une certitude suffisante.

Voici une description sommaire des troubles locaux et généraux occasionnés par la tuberculisation utéro-ovarienne.

Il existe une douleur dans le bas-ventre, soit à gauche, soit à droite, soit des deux côtés à la fois. Cette douleur est, en général, sourde, profonde, peu intense, à moins qu'il n'y ait en même temps une péritonite ou une inflammation péri-utérine à l'état aigu ou subaigu. Elle augmente par la pression de l'hypogastre, et elle est sujette à des redoublements, qui correspondent à des poussées congestives ou à des recrudescences inflammatoires se produisant surtout à l'époque des règles. Suivant quelques auteurs, cette douleur ne s'accompagne pas des irradiations si fréquentes dans les névralgies utérines ou péri-utérines.

Le plus souvent le bas-ventre présente un certain degré de tension en rapport avec l'intensité de la douleur locale. Cette tension acquiert son maximum de développement lorsque la tuberculisation génitale est compliquée de péritonite.

Les troubles de la menstruation sont une conséquence habituelle de cette lésion. La métrorrhagie est rare ; le plus souvent les règles sont irrégulières ou supprimées ; mais ce symptôme s'observe presque constamment aussi dans la phthisie pulmonaire, et par conséquent il est nullement caractéristique de la tuberculisation utéro-ovarienne.

La plupart des malades sont atteintes d'une leucorrhée, qui consiste dans un écoulement de matières blanchâtres, verdâtres, d'un blanc jaunâtre, ayant quelquefois une odeur désagréable que quelques auteurs comparent à celle du cancer.

Les signes objectifs, c'est-à-dire ceux qui sont fournis par les divers modes d'exploration hypogastrique et vaginale, ne présentent pas une valeur diagnostique plus grande que les symptômes subjectifs que nous venons de mentionner. Comme on va le voir, ces signes ne diffèrent pas sensiblement non plus de ceux qui appartiennent aux engorgements inflammatoires péri-utérins.

Ainsi, par la palpation de l'hypogastre, on constate assez souvent une tension plus grande des parois abdominales, une sensibilité exagérée dans les régions utéro-ovariennes, et parfois une augmentation de volume de l'utérus, et une tumeur développée à droite ou à gauche de cet organe.

chez des sujets lymphatiques ou présentant les attributs de la diathèse tuberculeuse.

TRAITEMENT. — Comme il est facile de le prévoir, le traitement direct de la tuberculisation génitale est bien peu efficace. Nous ne possédons aucun moyen qui puisse en enrayer la marche.

Les principales indications à remplir consistent à prévenir le développement de cette affection, à en éloigner et à en combattre les complications.

Les moyens prophylactiques doivent être employés de bonne heure, chez les sujets lymphatiques, scrofuleux et prédisposés à la tuberculose. Il faut, dès le jeune âge, chercher à modifier leur constitution par un régime fortifiant et par toutes les ressources de l'hygiène, auxquelles il convient de joindre l'emploi de l'huile de foie de morue, des amers, des préparations d'iode, d'arsenic, de soufre et les agents de la médication chlorurée et bromo-iodurée.

On doit aussi s'attacher à éloigner toutes les causes qui peuvent déterminer un état congestif ou inflammatoire dans les organes génitaux.

Les mêmes soins sont applicables à la tuberculisation confirmée, dans le but d'en ralentir la marche et d'en retarder les progrès.

Il faut surveiller attentivement les complications et surtout les phlegmasies péri-utérines intercurrentes, et leur opposer des moyens appropriés. Cependant on devra tenir compte de la constitution affaiblie des malades, se montrer très-sobre d'émissions sanguines, et recourir de préférence aux calmants, aux émollients, aux révulsifs et aux résolutifs. Dans ce cas, il est nécessaire d'éviter toute excitation des organes génitaux et de recommander une très-grande modération dans les rapports sexuels.

S'il survient un abcès péri-utérin, on aura recours au traitement que nous avons exposé dans le chapitre consacré à ce genre d'affection.

CINQUIÈME PARTIE

DES TROUBLES ET DES ANOMALIES DE LA MENSTRUATION

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En exposant, dans les prolégomènes de ce livre, la physiologie de l'appareil génital de la femme, nous avons fait connaître le phénomène de l'ovulation périodique ou de la ponte menstruelle, le mécanisme et la cause essentielle de cette importante fonction, les signes qui précèdent son début et annoncent son apparition, et ceux qui accompagnent son évolution, ses différentes phases, sa durée, les symptômes qui marquent son déclin et sa disparition. Nous avons également signalé les modifications qu'elle apporte dans l'accomplissement des autres fonctions et l'influence qu'elle exerce sur l'économie tout entière.

Dans les chapitres qui vont suivre, nous étudierons les troubles et les anomalies de la menstruation, non-seulement en eux-mêmes, mais encore dans leurs rapports avec les maladies de l'utérus et de ses annexes, et avec les affections des autres organes.

Le rôle très-important et, pour ainsi dire, prépondérant que joue la menstruation dans la vie fonctionnelle de la femme, depuis la puberté jusqu'à la ménopause, donne immédiatement la mesure de l'importance même qu'il convient d'attacher, sous le rapport pathologique, aux perturbations de cette fonction. Cela est tellement vrai que l'état de la menstruation est, en quelque sorte, le *criterium* de la santé chez la femme, et qu'il est toujours l'objet d'une des premières préoccupations du médecin appelé à donner des soins à une malade.

Les rapports des troubles menstruels avec les autres maladies ou

désordres fonctionnels, sont très-variables. Tantôt, en effet, les troubles de la menstruation précèdent les autres troubles morbides, tantôt ils les suivent; tantôt les premiers provoquent les seconds; tantôt, au contraire, ils en sont la conséquence. Ainsi, un certain nombre de maladies aiguës sont précédées et pour ainsi dire annoncées par une éruption menstruelle anormale, par une sorte d'hémorrhagie utérine. Ce flux sanguin prématuré fait alors partie des symptômes prodromiques de la maladie. M. Gubler l'a comparé, avec juste raison, au saignement de nez, à l'épistaxis qu'on observe au début de certaines pyrexies, notamment de la fièvre yphoïde.

D'autres fois, au contraire, mais plus rarement, c'est une interruption ou une suppression des règles qui signale le début des maladies aiguës.

Pendant le cours de ces maladies, la menstruation est, généralement, suspendue; le plus souvent même, elle ne reparaît pas durant la convalescence des maladies graves; elle ne reprend son cours qu'après l'entière guérison et lorsque les malades ont recouvré leurs forces.

Les règles cessent de paraître aussi dans la plupart des maladies chroniques de nature cachectique, notamment dans la phthisie pulmonaire. La disparition des règles ajoute à la gravité du pronostic de cette dernière maladie; car elle prédispose aux hémoptysies et elle est un signe de l'épuisement profond de l'organisme.

Si quelques maladies exercent sur la menstruation une influence perturbatrice, les troubles de cette fonction peuvent à leur tour réagir d'une manière funeste sur les fonctions des autres organes. Ainsi une suppression brusque des menstrues peut amener des congestions graves, des épanchements sanguins dans les cavités séreuses, des hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses ou dans la profondeur des viscères, ou même donner lieu à des inflammations aiguës d'une extrême gravité.

L'irrégularité du flux menstruel, son arrêt prolongé, ou sa suppression prématurée produisent, en général, des perturbations profondes et variables dans le système nerveux, des phénomènes convulsifs, des aberrations sensorielles, du délire, quelquefois même des symptômes d'aliénation mentale. Il est rare que l'hystérie ne soit pas liée, comme cause ou comme effet, à quelque trouble de la menstruation.

Deux autres affections ont, avec les désordres ou les irrégularités de la menstruation, les relations les plus étroites et les plus directes : ce sont la chlorose et l'anémie. Mais la nature de ces relations est quelquefois très-difficile à déterminer. En ce qui concerne la chlorose, les règles sont le plus souvent difficiles, rares, irrégulières, retardées, parfois même suspendues. Quant aux relations de cause à effet de ces deux états pathologiques, suivant l'opinion généralement admise, tantôt la chlorose précède et occasionne les troubles menstruels; tantôt, au contraire, les troubles menstruels précèdent et occasionnent la chlorose. Dans notre *Traité de la chlorose*, nous avons réfuté cette dernière opinion, et établi que la chlorose est un état congénital et que, par conséquent, elle précède toujours et détermine le plus souvent les troubles de la menstruation.

Pour ce qui regarde l'anémie, elle peut apporter aussi les troubles les plus divers dans la menstruation. Ordinairement l'appauvrissement du sang amène la pénurie menstruelle, c'est-à-dire des règles rares et pâles; parfois, cependant, il se produit un effet contraire, et on observe de véritables ménorrhagies chez des femmes anémiques. Dans d'autres cas, ce sont les troubles menstruels qui produisent l'anémie ; en effet, quand les menstrues sont abondantes ou fréquemment répétées, elles diminuent la masse du sang et l'appauvrissent à la manière de véritables hémorrhagies.

C'est surtout avec les maladies utérines et péri-utérines que les troubles de la menstruation affectent les rapports les plus directs et les relations les plus intimes.

M. Courty fait observer très-justement que la menstruation joue un véritable rôle dans l'étiologie et la pathologie des maladies utérines; car, tout en étant un acte physiologique, elle place l'organe qui en est le siége dans des conditions différentes de l'équilibre qui est un des caractères de la santé de tous les autres organes. « Mouvement fluxionnaire, congestion, tuméfaction, ramollissement, excitation de la vitalité, de la circulation, de la nutrition : telles sont les conditions dans lesquelles l'utérus se trouve incessamment placé par le fait de la menstruation, et qui sont tellement sur les limites de l'état morbide, qu'il suffit d'un peu plus d'intensité, d'un peu plus de durée que dans l'une ou dans l'autre de ces conditions pour faire passer l'organe de l'état physiologique à l'état pathologique. »

Nous avons cité ce passage textuellement, parce qu'il exprime en termes excellents l'espèce d'imminence morbide dans laquelle

l'utérus se trouve placé par le fait du molimen menstruel. Mais l'utérus n'est pas seul exposé à ces influences; les ovaires et les tissus péri-utérins les subissent aussi bien que la matrice. De sorte que, pour donner aux considérations précédentes toute leur valeur et toute leur vérité, il faut les appliquer à tous les organes qui prennent une part active et directe à la menstruation.

Les troubles de la menstruation sont donc tantôt une cause, tantôt un effet des maladies utérines ou péri-utérines.

Lorsque la perturbation menstruelle est primitive, elle peut donner et elle donne lieu le plus souvent à une affection de l'utérus et de ses annexes. Ainsi, nous avons vu la suppression brusque des règles amener tantôt une congestion utérine ou une métrite; tantôt une congestion ovarienne, une inflammation péri-utérine ou une hématocèle.

Dans d'autres cas, c'est la maladie utérine ou péri-utérine qui débute et qui produit consécutivement un trouble dans la fonction cataméniale. Dans ces circonstances très-fréquentes, les troubles menstruels révèlent toujours l'existence de l'affection de l'utérus ou de ses annexes, souvent même ils en constituent les symptômes principaux.

Nous avons insisté aussi sur les exacerbations douloureuses et les recrudescences inflammatoires que provoque le molimen menstruel au retour de chaque époque, dans le cours des maladies utérines et péri-utérines. Il nous suffira de rappeler que ces exacerbations et ces recrudescences se traduisent par un sentiment de malaise général, des douleurs plus vives, quelquefois même un léger mouvement fébrile et la manifestation d'un état congestif ou inflammatoire subaigu. Lorsqu'il existe en même temps des phénomènes éloignés, des troubles sympathiques, des symptômes nerveux, la menstruation les aggrave aussi bien que les symptômes locaux. Le retour des époques a donc généralement une fâcheuse influence sur la durée des maladies utérines ou péri-utérines; il en retarde la marche; il apporte des entraves à leur traitement.

Il ressort de ce qui vient d'être dit que les troubles menstruels sont tantôt *idiopathiques*, tantôt *symptomatiques*.

Les troubles idiopathiques sont beaucoup plus rares que la plupart des auteurs ne l'ont admis.

Les troubles symptomatiques sont infiniment plus communs. Si cette vérité a été longtemps contestée, c'est que le diagnostic des

maladies utérines n'était pas suffisamment avancé pour permettre de discerner leurs relations avec les perturbations menstruelles ; c'est surtout parce qu'on ne faisait pas une part suffisante aux inflammations péri-utérines et qu'on méconnaissait trop souvent l'existence de ces états pathologiques. Mais, depuis que l'attention a été fixée sur ces dernières affections, on a mieux saisi les rapports qui les lient aux troubles menstruels et les influences réciproques qui résultent de ces rapports. De sorte qu'un grand nombre de troubles menstruels ayant été rattachés à leur véritable cause, beaucoup de ces troubles considérés jusqu'alors comme idiopathiques sont venus grossir le chiffre des troubles symptomatiques.

Cette distinction des troubles menstruels en idiopathiques et en symptomatiques présente la plus grande importance sous le rapport du traitement ; car, on le comprend aisément, elle est la base même des indications thérapeutiques. Il est donc essentiel, lorsqu'on est en présence d'une anomalie de la menstruation, d'apporter un soin extrême au diagnostic, de rechercher si cette anomalie est simple et primitive, c'est-à-dire si elle ne se rattache à aucune lésion appréciable de l'utérus ou de ses annexes; ou bien si elle est secondaire et compliquée, c'est-à-dire si elle coexiste avec une affection utérine ou péri-utérine.

De cette détermination dépendra la conduite à suivre dans l'application des moyens thérapeutiques. Dans le premier cas, on devra s'appliquer à remédier directement aux troubles fonctionnels; dans le second cas, il faudra avant tout combattre les lésions qui ont occasionné les perturbations menstruelles et qui les entretiennent.

Ces perturbations sont très-nombreuses et très-variées. La menstruation peut ne pas s'établir, présenter dans son établissement de grandes difficultés, disparaître pour quelque temps et reparaître de nouveau. Une fois établie, elle peut présenter les variations les plus insolites, se suspendre pour un temps plus ou moins long, s'arrêter dans son cours, se montrer d'une manière irrégulière, tantôt avancer, tantôt retarder, se manifester à des intervalles très-rapprochés ou à des époques éloignées; elle peut s'accompagner d'accidents plus ou moins sérieux à chaque période nouvelle. Le flux menstruel peut présenter des modifications dans sa quantité et dans ses qualités, venir tantôt avec une abondance extrême, tantôt d'une manière insuffisante. Le liquide excrété est tantôt rouge comme du sang artériel, du sang hémorrhagique; tantôt d'un brun foncé, ou clair et

séreux ; il est souvent mêlé à des mucosités ou a du muco-pus provenant de la cavité utérine ou des parois vaginales.

Nous rangerons en cinq espèces principales les troubles de la menstruation, et nous décrirons successivement : 1° l'aménorrhée ; 2° la rétention des règles ; 3° la dysménorrhée ; 4° la déviation des menstrues ou menstruation supplémentaire ; 5° la ménorrhagie et la métrorrhagie.

CHAPITRE II

DE LA DYSMÉNORRHÉE

La dysménorrhée, comme ce nom l'indique, offre pour caractères principaux : la lenteur et la difficulté de l'excrétion menstruelle, des douleurs souvent très-violentes, qui précèdent ordinairement le flux sanguin et l'accompagnent quelquefois.

Étiologie. — L'étude des causes de la dysménorrhée présente une importance majeure. En effet, elle est, comme on va le voir, la base des divisions nosologiques de cette affection et la source des indications thérapeutiques.

Ces causes sont de deux ordres : les unes locales, les autres générales.

Les causes *locales* sont celles qui proviennent de l'utérus et de ses annexes.

Les causes *générales*, qu'on peut encore appeler *éloignées*, sont celles qui ont leur origine dans le reste de l'organisme.

1° *Causes locales.* — Nous signalerons d'abord, comme les plus fréquentes, celles qui ont leur siége dans l'utérus.

Il n'est pas de lésion ou d'affection utérine qui ne puisse occasionner la dysménorrhée. Nous placerons en premier lieu l'état *hypérémique* ou *congestif* de l'utérus. Dans ce cas, la difficulté de la menstruation et les douleurs qui l'accompagnent sont dues à l'exagération de la fluxion sanguine, à l'excès de la tension vasculaire, au défaut de réaction et à l'atonie de la tunique musculaire, à la stase

mécanique du sang qui en résulte, enfin au boursoufflement de la membrane muqueuse intra-utérine, et particulièrement à la turgescence de l'orifice cervico-utérin. De là résulte une oblitération plus ou moins complète du conduit utérin, qui oppose un obstacle à l'écoulement du sang menstruel.

Si la congestion utérine est une des causes de la dysménorrhée, à plus forte raison l'*état inflammatoire*, soit *aigu*, soit *chronique* de cet organe peut-il rendre la menstruation difficile et douloureuse. En effet, sous l'influence du raptus menstruel, l'hypérémie phlegmasique augmente, la sensibilité morbide de l'organe s'exalte, les contractions deviennent plus fréquentes et plus intenses, et l'utérus fait des efforts douloureux pour vaincre l'obstacle et expulser le sang au dehors.

Une autre cause de dysménorrhée est l'*irritabilité nerveuse* de l'orifice cervico-utérin, qu'il faut distinguer de l'irritabilité inflammatoire. Celle-ci se rattache toujours à la métrite interne ; elle n'est pas limitée exclusivement à l'orifice cervico-utérin; elle est constante et elle est la source de douleurs presque continuelles, que l'époque menstruelle ne fait qu'augmenter. L'irritabilité nerveuse, au contraire, siége le plus souvent à l'orifice cervico-utérin, et quelquefois sur un autre point de la muqueuse utérine; elle ne se révèle que sous l'influence d'un agent d'irritation, au contact d'un corps étranger, solide ou liquide, venant du dehors ou du dedans. C'est ainsi qu'agit la présence du sang menstruel ; elle éveille l'irritabilité de l'orifice cervico-utérin, en provoque la contraction spasmodique et oppose à l'issue des règles des difficultés qui ne sont surmontées qu'au prix des plus vives souffrances. Cette dysménorrhée est généralement décrite sous le nom de *dysménorrhée nerveuse*.

L'*hystéralgie* ou *névralgie utérine*, qu'il ne faut pas confondre avec l'irritabilité nerveuse dont nous venons de parler, est encore une des causes les plus ordinaires de la dysménorrhée. La fluxion sanguine qui s'opère dans l'utérus, à chaque période menstruelle, amène un surcroît de sensibilité et augmente les douleurs névralgiques, d'où résultent les contractions spasmodiques de l'orifice interne du conduit utérin et les douleurs intenses qui accompagnent les règles.

L'*oblitération* ou l'*obstruction* du conduit utérin par un caillot ou par une fausse membrane, sa *coarctation organique* ou son *atrésie congénitale* peuvent être autant de causes de dysménorrhée, surtout si ces lésions se compliquent de métrite ou d'hystéralgie.

Les *flexions utérines* peuvent aussi, en b changeant la direction du conduit utérin, rétrécissement et apporter au flux menstru moins difficile à franchir. Dans ce cas, dent, l'écoulement des règles provoque d cipalement lorsqu'il existe une complicatio vralgique.

Les lésions organiques de l'utérus, telles fibreux, les polypes, les môles, déterminen norrhée, par l'irritation inflammatoire qu'el d'elles et par l'obstacle mécanique qu'elles o ment des règles. Cette dysménorrhée s'obs dans la première période des affections ca squirrhe, en raison de l'exaltation de la sen interne de l'utérus, du rétrécissement extrê de l'induration de ses parois.

Nous devons ajouter que cette dysménorr n'est ni constante, ni durable, et que tôt ou métrorrhagie.

L'influence des maladies péri-utérines sur ménorrhée a été longtemps méconnue, et u de menstruation difficile et douloureuse p ont été considérés à tort comme des dysmé Cependant, la physiologie de la menstruati sentir ce que l'observation clinique est ven jusqu'à la dernière évidence, à savoir que annexes de l'utérus peuvent produire des tr particulier des accidents dysménorrhéiques. server des malades atteintes d'ovarite, de ph de tubite, d'hématocèle, de kystes ou d'aut dont les règles se montrent avec difficulté douleurs caractéristiques de la dysménorrhé connaissons que, dans des cas assez nombre être attribuées principalement à une métrit téralgie concomitante ; mais bien souven origine la lésion de l'ovaire ou des tissus mouvement fluxionnaire de la menstruatio seulement sur l'utérus, il retentit encore dan entier. On conçoit dès lors que les phlegmasi

nent des causes actives de dysménorrhée, soit par elles-mêmes, soit en agissant sur l'utérus.

Indépendamment de cette dysménorrhée liée aux lésions péri-utérines, il en est une autre qui a été plus spécialement désignée sous le nom de *dysménorrhée ovarienne*, et qui se rattache au travail de l'ovulation elle-même porté au delà de ses limites physiologiques. Les douleurs de la menstruation nous paraissent devoir être attribuées, dans cette circonstance, à l'excès de congestion autour de l'ovule, à sa maturation laborieuse et pénible, enfin à sa déhiscence difficile ou tardive. L'exagération et la persistance de ce travail fluxionnaire peuvent quelquefois être suivies d'une inflammation de l'ovaire.

2° *Causes générales.* — La dysménorrhée n'est pas seulement sous la dépendance des affections utérines et péri-utérines; elle reconnaît encore d'autres causes plus générales, telles que certains états constitutionnels, certaines maladies diathésiques et certaines formes de tempérament. Elle se montre fréquemment chez les hystériques, les anémiques et les chlorotiques. Dans l'hystérie, la dysménorrhée est une des expressions symptomatiques de l'hyperesthésie du système nerveux, à laquelle participe l'innervation de l'utérus.

La chlorose et l'anémie produisent tantôt la dysménorrhée congestive, tantôt la dysménorrhée spasmodique, en déterminant soit des congestions utéro-ovariennes passives, soit la surexcitation nerveuse.

La pléthore peut aussi donner naissance aux accidents dysménorrhéiques en provoquant des congestions utérines actives; néanmoins, ces accidents se montrent bien moins souvent chez les pléthoriques que chez les anémiques.

Parmi les causes générales de la dysménorrhée, nous devons encore signaler le tempérament lymphatique et la diathèse scrofuleuse. Il n'est pas rare, en effet, d'observer une menstruation difficile et douloureuse chez des jeunes filles ou des jeunes femmes dont l'embonpoint précoce et excessif dénote le lymphatisme ou la scrofule.

L'hérédité, d'après nos observations, paraît jouer aussi un certain rôle dans la production de la dysménorrhée. Nous avons vu, plusieurs fois, des jeunes filles appartenant à la même famille et atteintes de ce genre de trouble menstruel.

La dysménorrhée peut enfin survenir sous l'influence de causes

accidentelles et communes, telles que les émotions vives, les passions concentrées, les chagrins prolongés, l'impression du froid, les imprudences commises à l'époque des règles et pouvant amener leur diminution ou leur suppression, etc.

Divisions. — L'exposé que nous venons de faire des causes de la dysménorrhée conduit à en distinguer deux formes: 1° une dysménorrhée *idiopathique*; 2° une dysménorrhée *symptomatique*.

a. — La dysménorrhée est *idiopathique* lorsqu'elle ne se rattache à aucune lésion appréciable soit dans l'utérus, soit en dehors de l'utérus, et qu'elle n'est que l'expression et le résultat d'un trouble ou d'une irrégularité de la fonction menstruelle.

On distingue deux variétés de dysménorrhée idiopathique: l'une, nerveuse; l'autre, congestive.

La dysménorrhée nerveuse, qu'on appelle encore spasmodique, hystériforme, hystéralgie cataméniale, est caractérisée par un état de douleur, de spasme ou de névralgie, développé dans l'appareil utéro-ovarien, à l'époque et à l'occasion de la menstruation, et coïncidant le plus souvent avec un tempérament nerveux, des dispositions à l'hystéricisme.

La dysménorrhée congestive, vasculaire ou sanguine, tient à un excès de la congestion menstruelle, qui se traduit par les symptômes ordinaires de l'hypérémie utéro-ovarienne: sensation de plénitude, de pesanteur, de chaleur, de battements artériels dans la profondeur du bassin.

b. — La dysménorrhée *symptomatique* est celle qui résulte des diverses lésions que nous avons indiquées à l'occasion de l'étiologie et qui ont leur siége soit dans l'utérus, soit en dehors de l'utérus. Parmi les dysménorrhées symptomatiques, nous signalerons spécialement : la dysménorrhée inflammatoire, la dysménorrhée mécanique et la dysménorrhée membraneuse.

Symptomatologie. — Les symptômes de la dysménorrhée, que nous allons décrire, se montrent toujours à l'époque et à propos de la menstruation.

Ces symptômes peuvent être divisés en symptômes *locaux* et en symptômes *généraux*.

Symptômes locaux. — Vers l'approche des règles, les malades éprouvent un sentiment de malaise, de gêne, de gonflement et de

distension dans le bas-ventre. Elles se plaignent tantôt d'une pesanteur, tantôt d'élancements dans la profondeur du bassin. Ces sensations se propagent le plus souvent dans les parties voisines, et spécialement dans les lombes, dans les régions de la vessie, du rectum et du périnée. En même temps, les malades accusent des battements dans le bas-ventre et dans les reins, des tiraillements et des engourdissements dans les membres inférieurs. L'hypogastre devient tendu, gonflé, sensible à la pression.

Dans une deuxième période, tous ces phénomènes s'aggravent et acquièrent l'intensité de véritables douleurs. Ces douleurs ont leur siége principal dans la région utérine. Elles sont aiguës, exacerbantes, prennent le caractère des douleurs expulsives, et rappellent les coliques ou les tranchées utérines. Elles donnent aux malades la sensation d'un corps étranger qui fait effort pour s'échapper au dehors, provoquent le ténesme vésical et les épreintes anales, et sont suivies de besoins impérieux et fréquents d'uriner et d'aller à la garde-robe. Elles s'irradient dans les régions ovariennes, dans les lombes, dans les cuisses, dans les seins et dans la région sacro-coccygienne, où elles acquièrent quelquefois un haut degré d'acuité. On constate, en même temps, une augmentation notable du gonflement, de la tension et de la sensibilité de l'hypogastre.

Pendant cette période, l'écoulement menstruel n'a pas lieu, ou bien le sang paraît difficilement et goutte à goutte (*stillicidium uteri*, d'Aëtius). Dans ce dernier cas, l'expulsion du sang détermine des douleurs très-aiguës, qui ont été justement comparées à celles de la strangurie. D'autres malades éprouvent une sensation analogue à celle d'un liquide qui passerait sur une plaie vive.

Symptômes généraux. — La crise dysménorrhéique n'est pas constituée uniquement par les accidents locaux que nous venons de décrire. Elle donne encore lieu, le plus souvent, à des symptômes éloignés et généraux, très-variés suivant les sujets. Quelques malades éprouvent simplement de la courbature, de l'abattement, de la tristesse et de l'anorexie; d'autres, de la céphalalgie, de la migraine, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, des douleurs névralgiques dans la tête et dans les parois thoraciques, des palpitations, un certain degré de dyspnée et d'oppression. Chez d'autres, la dysménorrhée produit des troubles gastralgiques intenses, des nausées, des vomissements opiniâtres et violents, des

troubles dans la circulation et la calorification caractérisés par le refroidissement des extrémités. Dans le paroxysme de la douleur, les malades sont saisies quelquefois d'une agitation générale, poussent des cris, exécutent des mouvements désordonnés, se tordent sur leur lit, se roulent à terre; d'autres sont prises d'un véritable délire passager, se traduisant par des propos incohérents, des actes de violence et un ensemble de troubles intellectuels et sensoriaux qui rappellent la manie puerpérale. Chez d'autres enfin, on voit éclater des attaques nerveuses hystériformes.

Dans des cas plus rares, on observe des phénomènes de réaction fébrile, caractérisés par la chaleur de la peau, la fréquence et l'élévation du pouls. Ces derniers symptômes, signalés mais non expliqués par beaucoup d'auteurs, se rencontrent principalement chez les femmes dysménorrhéiques atteintes soit d'une endométrite, soit d'une phlegmasie péri-utérine.

Dès que le flux menstruel s'établit, les accidents dysménorrhéiques locaux et généraux diminuent, la crise s'apaise, et il se produit une véritable détente.

La crise dysménorrhéique ne suit pas toujours la marche régulière que nous venons de tracer. Tantôt elle cesse complétement avec l'apparition du flux menstruel; tantôt elle se reproduit sous forme d'accès avec des alternatives de paroxysmes et de rémissions.

Après avoir donné la description des symptômes communs de la dysménorrhée, il nous reste, pour compléter l'histoire de cette affection, à exposer les caractères propres à chacune de ses variétés.

1. **Dysménorrhée idiopathique.** — Nous en avons distingué deux formes, l'une *nerveuse* et l'autre *congestive*.

La dysménorrhée *nerveuse* ou *spasmodique* apparaît brusquement, sans prodromes, et elle atteint rapidement son paroxysme. Elle se distingue encore des autres formes par l'intensité et la violence des douleurs, par une sensation excessive de ténesme utérin, par des irradiations névralgiques non-seulement dans les plexus nerveux du bassin, mais encore dans les nerfs intercostaux, dans les nerfs de l'estomac, de la face et des membres supérieurs. Ces douleurs reviennent par crises et se succèdent à de courts intervalles; elles correspondent à l'évacuation du sang, qui s'opère d'une manière intermittente et goutte à goutte. C'est surtout dans cette forme que

l'on voit survenir les troubles nerveux généraux et les attaques hystériformes.

La période menstruelle passée, les douleurs utérines cessent et ne laissent après elles aucune lésion.

La dysménorrhée *congestive* ne débute jamais d'une manière brusque, comme la dysménorrhée spasmodique. Elle se développe lentement et s'annonce par les symptômes précurseurs habituels de la congestion utérine. Les douleurs sont moins vives, moins aiguës; elles consistent principalement dans un sentiment de pesanteur, de gonflement, de tension, de battements dans le bassin. Elles sont continues et présentent des rémissions qui coïncident avec l'écoulement du sang. Par le toucher vaginal, lorsqu'il est pratiquable, on peut constater directement que l'utérus est augmenté de volume, qu'il est le siége d'une chaleur exagérée, qu'il est douloureux à la pression et que ses artères battent avec plus de force. Les signes de l'hypérémie utérine et les phénomènes qui l'accompagnent se dissipent graduellement à mesure que le sang s'écoule. Le plus souvent la santé se rétablit après l'époque menstruelle; mais quelquefois la dysménorrhée congestive devient le point de départ d'un état hypérémique permanent et même d'une véritable inflammation de l'utérus ou de ses annexes.

II. **Dysménorrhée symptomatique.** — Si l'on se reporte à l'étiologie de la dysménorrhée, on voit que la dysménorrhée symptomatique doit être de beaucoup plus fréquente que la dysménorrhée idiopathique. Elle comprend, en effet, tous les accidents dysménorrhéiques liés aux nombreuses lésions de l'utérus et de ses annexes. Nous l'avons divisée, suivant la nature de ses causes, en inflammatoire, mécanique et membraneuse.

Dysménorrhée inflammatoire. — La dysménorrhée *inflammatoire* est celle qui se montre pendant le cours des inflammations aiguës ou chroniques de l'utérus ou des tissus péri-utérins. En parlant de la métrite et des phlegmasies péri-utérines, nous avons signalé les recrudescences inflammatoires et les exacerbations douloureuses provoquées, à l'époque des règles, par le molimen menstruel. Ces recrudescences, ces exacerbations, lorsqu'elles s'accompagnent d'un écoulement sanguin difficile et douloureux, forment les traits principaux de la dysménorrhée inflammatoire. Les symptômes de cette dysménorrhée sont ceux de la dysménorrhée congestive, compliqués

étrangers venant de la cavité même de l'organe. Parmi ces tumeurs il faut signaler les polypes, qui viennent souvent, au moment de la menstruation, s'engager dans le conduit cervical, faire obstacle à la sortie du sang et provoquer de violentes contractions utérines.

Les concrétions sanguines ou fibrineuses peuvent produire les mêmes effets.

La dysménorrhée mécanique se reconnaît surtout à la violence des douleurs, à l'énergie et à la durée des efforts expulsifs, à l'intensité du ténesme utérin, à la difficulté de la sortie du sang et à l'intermittence de l'écoulement, qui s'opère par intervalles et en petites quantités à la fois. Assez souvent le sang est mêlé de caillots sanguins ou fibrineux, allongés, étroits et comme passés à travers une filière.

Ces symptômes ont une incontestable valeur; mais ils ne suffisent pas pour établir un diagnostic positif. Le toucher vaginal, l'examen au spéculum et surtout le cathétérisme utérin peuvent seuls conduire à la détermination précise de la cause de la dysménorrhée, de la nature du rétrécissement et du siége de l'obstacle. Cette détermination est indispensable pour instituer un traitement rationnel et curatif.

Dysménorrhée membraneuse. — Cette forme de dysménorrhée est occasionnée par la présence d'un produit membraneux venant de la cavité utérine et obstruant le col utérin. C'est donc, en réalité, une variété de la dysménorrhée mécanique. L'importance qu'on lui a attribuée dans ces derniers temps nous engage à en donner une description spéciale.

On a trouvé, dans les œuvres de Morgagni (*De sed. et caus. morb. Epist.* 48 et 12), la première observation de cette curieuse affection. Il s'agit d'une femme qui, à l'âge de trente-quatre ans, rendait, aux époques menstruelles, des lambeaux membraneux, dont l'auteur a constaté lui-même l'existence et qu'il décrit en ces termes:

« ... Tunc enim obortis partus doloribus, et primo aut altero die » sanguinis cursu incipiente, vel uberius quam pro consuetudine » effluentis, in medio fere eo cursu, ex utero ejiciebatur corpus, ut » apparebat, membraneum; idque ea forma eaque magnitudine » quæ triangulari uteri caveæ satis responderent, modice convexum » exterius qua facie erat inæquale, nec sine plurimis filamentis, quæ » ab sedibus ad quas adhæsissent, abrupta esse videbantur; cavum » autem interius, qua facie erat lœve, et madidum quasi ab aquæo

» humore quem antea continuisset, in exitu autem per amplum » foramen, quod in uno erat angulorum, a distractione facile aper- » tum, emisisset. Hujus ejectionem corporis lochia multa conseque- » bantur. Quod si nonnunquam id corpus non integrum, sed in » frustula divisum per vices prodiret, tum dolores et lochiorum » fluxus per vices pariter redintegrebantur. »

Ce fait, qu'il importe de rappeler dans un intérêt historique, n'est probablement pas le seul qui existe dans les auteurs des siècles passés; mais nul, avant Oldham, n'avait songé à les grouper, à les rapprocher et à les comparer pour en faire l'objet d'une monographie, en présenter une description didactique, et surtout en chercher l'explication physiologique et montrer la relation qui les unit aux phénomènes de l'ovulation spontanée.

Le mémoire d'Oldham sur la *dysménorrhée pseudo-membraneuse*, comme il l'appelle, date de 1846. A la même époque, Simpson étudiait le même sujet sous le nom d'*exfoliation pathologique de la muqueuse utérine*. Depuis lors, de nombreuses publications ont paru sur cette intéressante perturbation menstruelle, qui a définitivement reçu la dénomination de *dysménorrhée membraneuse*.

Nous empruntons à un excellent mémoire publié récemment par MM. les docteurs Huchard et Labadie-Lagrave, une description très-exacte des symptômes de cette variété de dysménorrhée.

Jusqu'au jour où débutent les accidents, la menstruation est régulière, normale, et la fécondation est possible; puis, les menstrues deviennent douloureuses, quelquefois irrégulières, et les malades attirent ordinairement l'attention du médecin sur l'expulsion, pendant l'époque cataméniale, de corps ou fragments membraneux qu'elles désignent ordinairement sous les noms de « caillots, de pellicules ou de morceaux de chair ».

Quelques jours avant la congestion menstruelle, celle-ci est annoncée par l'apparition ou l'exaspération des phénomènes douloureux. Le sang apparaît bientôt, s'échappant souvent goutte à goutte, quelquefois sortant en plus grande abondance, au point de constituer une véritable ménorrhagie (Tyler Smith). Alors, les douleurs deviennent extrêmement violentes, au point de ne laisser ni trêve ni repos pendant le jour et la nuit; elles prennent, du deuxième au quatrième jour de l'époque cataméniale, le caractère expulsif, et se terminent enfin par l'accouchement, le rejet d'un sac membraneux complet ou fragmenté.

Lorsque le produit membraneux est expulsé en totalité, la douleur disparaît brusquement ; mais lorsqu'il est rejeté par lambeaux, la crise douloureuse se renouvelle après une courte rémission, à chaque expulsion partielle, jusqu'à l'expulsion totale du corps étranger.

Ordinairement, l'écoulement sanguin diminue et s'arrête après l'expulsion; souvent aussi il peut continuer pendant un ou deux jours; quelquefois même on voit survenir une ménorrhagie consécutive au détachement de la membrane. Dans certains cas, le flux cataménial est remplacé par un écoulement muqueux ou d'un rouge pâle.

Pendant les périodes intercalaires ou intermenstruelles, les douleurs sont nulles s'il n'existe aucune complication inflammatoire; mais elles persistent avec plus ou moins d'intensité si l'utérus ou ses annexes sont le siége d'un état phlegmasique.

Chaque époque menstruelle ramène les mêmes souffrances et l'expulsion des mêmes produits membraneux.

Ces produits s'offrent sous différents aspects. Tantôt ce sont des sacs membraneux, qui semblent avoir été moulés sur la cavité utérine, dont ils ont pris et conservé la forme ; tantôt ils sont divisés en lambeaux irréguliers ou en fragments membraniformes.

La face externe est inégale, villeuse, d'un gris rosé ; la face interne est humide, polie, blanchâtre. Il peut arriver cependant que les rapports soient changés et que la membrane dysménorrhéale présente une face externe unie, une face interne spongieuse, par suite de son inversion (Huchard et Labadie-Lagrave).

L'examen microscopique a permis de distinguer deux espèces de produits membraneux. Les uns présentent les caractères de fausses membranes diphthéritiques, ou d'exsudats inflammatoires mêlés à quelques rares débris épithéliaux de la muqueuse utérine. Les autres renferment divers éléments anatomiques, et notamment des débris vasculaires et glanduleux de la membrane interne de l'utérus hypertrophiée.

M. Courty a admis dernièrement une troisième variété de produits membraniformes, qui seraient constitués par du mucus coagulé se moulant sur la cavité utérine et conservant assez de résistance pour être expulsés sous la forme de pseudo-membranes entières. Quelquefois, au dire du même auteur, ces coagulations de mucus se doublent de concrétions plastiques qui en augmentent l'épaisseur

et la ténacité. Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer des produits de cette nature.

La structure différente de ces membranes dysménorrhéales a conduit à leur attribuer des origines diverses et à distinguer deux variétés de dysménorrhée membraneuse :

1° La dysménorrhée *pseudo-membraneuse* ou *exsudative;*

2° La dysménorrhée *membraneuse* ou *exfoliante.*

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la pathogénie de cette affection.

Suivant Siébold, la production des membranes dysménorrhéiques doit être rapportée à des troubles de la circulation veineuse, qui déterminent des congestions intenses vers les ovaires et l'utérus.

D'après Simpson, elles sont dues à un surcroît d'activité fonctionnelle de l'utérus, à une exagération de la fluxion physiologique menstruelle.

Mandl, Tyler Smith, Klob, Locock et Bennett, les rattachent à un travail inflammatoire chronique de la muqueuse utérine.

D'autres auteurs ont adopté une opinion mixte, qui tend à prévaloir de nos jours. Elle consiste à attribuer la dysménorrhée pseudo-membraneuse ou exsudative à une métrite interne croupale ou diphthéritique, et la dysménorrhée exfoliante à une exfoliation partielle ou totale de la muqueuse utérine.

MM. Huchard et Labadie-Lagrave font dériver les produits membraneux des différents processus inflammatoires de la muqueuse utérine. C'est pourquoi ils admettent trois formes de dysménorrhée membraneuse :

1° La dysménorrhée *desquamative*, correspondant à l'endométrite catarrhale et consistant en desquamation épithéliale, mucus et exsudat muqueux ;

2° La dysménorrhée *pseudo-membraneuse*, produite par l'endométrite exsudative (plastique, couenneuse, pultacée, diphthéritique, croupale), et consistant en fausses membranes, exsudat fibrino-épithélial, exfoliation incomplète de la muqueuse;

3° La dysménorrhée *membraneuse, exfoliante* ou *exfoliative*, provenant de l'endométrite chronique interstitielle, parenchymateuse, hyperplasique, et caractérisée par un exsudat fibrineux, plastique, une prolifération hyperplasique, ou une exfoliation partielle ou totale de la membrane interne de l'utérus.

Nous ne saurions adopter une opinion aussi absolue, et qui fait

jouer un rôle trop exclusif à l'inflammation dans la production de la membrane dysménorrhéale. Si la dysménorrhée membraneuse procédait toujours d'une métrite, elle devrait se rencontrer bien plus souvent qu'on ne l'observe. En effet, la métrite est fréquente, tandis que la dysménorrhée membraneuse est très-rare. Il n'y a donc sous le rapport de la fréquence aucune relation entre ces deux affections. D'un autre côté, il est difficile d'admettre que l'utérus soit le siége d'un travail phlegmasique chez des malades qui, à chaque époque menstruelle, sont prises de vives douleurs avant l'expulsion de produits membraneux, et qui, dans l'intervalle des règles, n'accusent aucune souffrance et ne présentent aucun des signes de la métrite.

Tout en reconnaissant que la métrite peut, dans certains cas, donner naissance aux produits exsudatifs de la dysménorrhée membraneuse, nous croyons qu'elle n'en est pas la cause unique.

Suivant nous, la membrane dysménorrhéale, loin d'être toujours le résultat d'un travail pathologique, serait le plus souvent l'effet du travail physiologique exagéré de la menstruation, qui donne lieu à une membrane analogue à la caduque ovulaire, et que l'on désigne sous le nom de caduque menstruelle. Cette hypothèse acquiert une certaine probabilité quand on considère le retour périodique de la dysménorrhée membraneuse à chaque époque cataméniale, l'analogie de structure de la membrane caduque ovulaire et des membranes dysménorrhéales, enfin la stérilité des malades pendant toute la durée de la dysménorrhée membraneuse. De telles raisons n'autorisent-elles pas à admettre qu'un travail analogue préside au développement de la membrane caduque ovulaire et à la production de la caduque menstruelle ?

La marche de la dysménorrhée membraneuse est intermittente, périodique et paroxystique, comme celle de toutes les autres formes de dysménorrhée. Mais sa durée est beaucoup plus longue; elle varie depuis deux ou trois ans jusqu'à huit, dix et quinze ans. Dans un cas que nous avons observé, elle n'a cessé qu'avec la ménopause.

Cette affection est très-rebelle et amène presque toujours la stérilité.

On a confondu longtemps la dysménorrhée membraneuse avec l'avortement ovulaire. Mais aujourd'hui tous les auteurs s'accordent à les distinguer à l'aide de caractères différentiels, dont nous empruntons la formule à MM. Huchard et Labadie-Lagrave :

L'expulsion de la membrane dysménorrhéale se produit toujours au moment des règles. Elle peut se répéter souvent, quelquefois même pendant de longues années.

L'avortement ovulaire se produit indépendamment de l'époque menstruelle ; il ne se répète pas régulièrement tous les mois, et il survient après un retard plus ou moins long des règles.

Ordinairement, la membrane dysménorrhéale est expulsée sous forme de lambeaux. Quand elle est entière, elle représente un sac membraneux triangulaire, avec trois orifices correspondant à ceux de la cavité utérine.

La caduque gravide est le plus souvent expulsée sous la forme d'un sac ovoïde complet. Elle renferme dans un des plis de la muqueuse hypertrophiée un œuf avec ses villosités choréales.

La caduque gravide offre un épithélium pavimenteux, tandis que dans la caduque menstruelle ou membrane dysménorrhéale l'épithélium est cylindrique comme celui de la muqueuse utérine.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic différentiel des diverses formes de la dysménorrhée ressort naturellement de la description spéciale que nous venons de faire de chacune de ces formes.

Mais le diagnostic de l'espèce ne suffit pas; il faut y ajouter le diagnostic de la cause, afin d'en déduire le pronostic et les indications thérapeutiques.

Pour arriver, sous ce rapport, à un résultat satisfaisant et précis, il ne faut pas se borner à la constatation des symptômes objectifs, qui ne présentent que des nuances ou des degrés dans les différentes variétés de dysménorrhée ; il est nécessaire encore de rechercher, par une exploration directe de l'utérus et de ses annexes, les lésions qui produisent les troubles dysménorrhéiques. C'est seulement à cette condition qu'on parvient à distinguer d'abord la dysménorrhée idiopathique de la dysménorrhée symptomatique, puis à en bien déterminer les espèces.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — La dysménorrhée se reproduit par accès, à chaque époque menstruelle. Son retour est subordonné à celui des règles. Si celles-ci sont irrégulières, la dysménorrhée l'est également ; quand la menstruation est régulière, la dysménorrhée apparaît aussi à des périodes fixes.

L'intensité de la crise dysménorrhéique varie suivant les malades,

et quelquefois, chez les mêmes sujets, suivant certaines influences qui viennent augmenter ou diminuer les douleurs.

Elle varie encore suivant les variétés de la dysménorrhée, et suivant la nature du sang menstruel. La dysménorrhée spasmodique, la dysménorrhée membraneuse, et la dysménorrhée mécanique due à la coarctation du conduit cervico-utérin, provoquent les crises douloureuses les plus intenses. Les douleurs acquièrent une acuité beaucoup plus grande quand le sang menstruel est mêlé de caillots que lorsqu'il est liquide et homogène.

La durée des crises n'est pas moins variable que leur intensité. Tantôt les douleurs sont continues, tantôt elles sont rémittentes ou intermittentes. Elles persistent quelquefois pendant toute la période menstruelle; d'autres fois elles ne durent que quelques heures ou un jour ou deux.

La dysménorrhée spasmodique donne généralement lieu aux crises les plus courtes; le spasme une fois vaincu, le sang s'écoule librement et les douleurs se dissipent.

Les crises produites par la dysménorrhée mécanique et la dysménorrhée membraneuse présentent la durée la plus longue, en raison de la résistance prolongée de l'obstacle qui s'oppose à la sortie du sang.

Envisagée, non plus dans ses crises, mais dans son ensemble, la dysménorrhée a une durée variable, mais ordinairement très-longue. Il est rare qu'elle ne dure pas quelques mois. En général, si rien ne vient entraver sa marche, elle se prolonge pendant plusieurs années, et même elle peut persister jusqu'à la ménopause. Indépendamment des moyens thérapeutiques, diverses circonstances physiologiques ou pathologiques peuvent amener la cessation de la dysménorrhée en modifiant les conditions anatomiques qui en étaient la cause. Ainsi on voit souvent la dysménorrhée disparaître à la suite de la grossesse et de l'accouchement, ou après l'expulsion d'un corps étranger volumineux, môle, polype, fibrome, concrétion sanguine, provenant de la cavité utérine. Ces guérisons spontanées s'observent surtout pour la dysménorrhée spasmodique.

Pronostic. — La dysménorrhée membraneuse et la dysménorrhée mécanique apportent souvent un obstacle à la fécondation. Les autres formes de dysménorrhée sont rarement, à elles seules, des causes de stérilité.

Par elle-même, la dysménorrhée n'est pas une affection grave. Dans la dysménorrhée idiopathique, une fois la crise passée, les malades jouissent généralement d'une bonne santé et reprennent le cours de leur vie habituelle. Pour la dysménorrhée symptomatique, le pronostic varie suivant la nature et la gravité des lésions qui lui ont donné naissance, et suivant que ces lésions sont ou non susceptibles de traitement et de guérison. Ainsi, la dysménorrhée qui dépend d'un rétrécissement du conduit utérin est beaucoup moins grave que la dysménorrhée membraneuse, la première étant plus accessible que la seconde aux moyens thérapeutiques.

THÉRAPEUTIQUE. — Nous diviserons en deux groupes les moyens thérapeutiques employés contre la dysménorrhée, suivant qu'ils s'appliquent au traitement de la crise ou au traitement de la lésion déterminante.

Quelle que soit la forme de la dysménorrhée, le phénomène dominant de la crise est toujours la douleur. L'indication principale consiste donc à combattre d'abord ce phénomène *commun*.

Dans ce but, on doit recourir aux applications locales et réitérées de serviettes chaudes, de cataplasmes laudanisés, de compresses arrosées d'éther ou de chloroforme; à l'emploi des fomentations chaudes, émollientes et narcotiques, des onctions avec l'huile de camomille camphrée, le baume tranquille, les pommades ou les liniments opiacés, laudanisés, belladonés ou chloroformés.

On peut employer encore, et concurremment avec les moyens précédents, les quarts de lavement laudanisés, les suppositoires à l'extrait d'opium et de belladone. La dose de ces calmants *doit être* proportionnée à l'intensité de la douleur, elle varie pour le laudanum, entre 8, 12, 15 et 25 gouttes; pour l'extrait thébaïque, entre 5, 10 ou 15 centigrammes; pour la belladone, de 5 à 10 centigrammes. Une seule dose suffit quelquefois pour amener la cessation de la crise ou pour en modérer l'acuité; d'autres fois, une première dose est insuffisante et il faut y revenir à plusieurs reprises, suivant la durée de la crise.

Au moment où la crise s'annonce et avant l'apparition des règles, lorsque les douleurs sont très-aiguës et qu'elles ne cèdent pas aux moyens ordinaires, on peut introduire dans le vagin et porter sur le col de l'utérus des tampons d'ouate enduits d'une pommade calmante, opiacée et belladonée.

Si les douleurs se montrent réfractaires, et si les malades n'en redoutent pas l'emploi, les injections hypodermiques de morphine peuvent être pratiquées avec avantage dans la région hypogastrique.

Dans beaucoup de cas, il est nécessaire d'associer au traitement local l'usage interne des calmants, des antispasmodiques et des anesthésiques. Outre les préparations d'opium et de belladone, on aura recours à la valériane, à l'éther, au bromure de potassium et au chloral. Mais ces médicaments répondent souvent à des indications spéciales, dont il sera question plus loin.

A titre de moyens auxiliaires, on prescrit les infusions chaudes et aromatiques de thé, de tilleul, de mélisse, de feuilles d'oranger, de camomille, de sauge, etc.; quelquefois on y ajoute des boissons stimulantes, telles que le vin chaud et le punch; ou des boissons légèrement alcoolisées avec l'eau-de-vie, le rhum, le kirsch.

Raciborski préconise l'emploi des bains chauds prolongés, à l'eau de son ou à l'eau de tilleul. « Ce moyen, dit-il, constitue un excellent sédatif; qu'il s'agisse de la dysménorrhée spasmodique simple, ou congestive ou même inflammatoire, il est toujours parfaitement indiqué. On peut prescrire un bain tous les jours, selon les circonstances. Comme effet immédiat, le bain produit du calme, diminue le spasme et fait souvent couler le sang plus librement. Aussitôt après, on place les malades dans leur lit, que l'on a eu soin de faire préalablement chauffer... »

Nous avons employé dernièrement cette médication, et nous en avons constaté les bons effets. Aussi, nous croyons qu'elle peut être utile, en raison de son action sédative, dans les cas où la dysménorrhée s'accompagne d'un éréthysme nerveux.

Les emménagogues sont employés quelquefois dans le but d'activer l'écoulement du sang menstruel. Il faut se garder d'abuser de cette médication dans la dysménorrhée. Appliquée mal à propos, elle peut augmenter la congestion, surexciter le spasme, provoquer des douleurs plus intenses et retarder l'évacuation cataméniale, au lieu de l'accélérer.

On doit donc n'y recourir qu'avec une extrême prudence et n'employer que les substances les moins actives, telles que les boissons chaudes, les infusions aromatiques, les tisanes d'armoise et de safran, les pédiluves sinapisés, les sinapismes promenés sur les membres inférieurs.

On a recommandé encore l'usage de l'apiol, et nous-mêmes nous l'avons prescrit quelquefois. Il réussit dans certains cas où d'autres moyens échouent; mais il est loin de jouir du degré très-exagéré d'efficacité qu'on lui attribue. Nous conseillons d'administrer ce médicament, à la dose d'une capsule matin et soir, pendant les trois ou quatre jours qui précèdent l'époque présumée des règles.

Après cet exposé du traitement général et commun de la dysménorrhée, il nous reste à décrire d'une manière spéciale le mode de traitement approprié à chaque variété.

Traitement de la dysménorrhée congestive. — Ici l'indication consiste à modérer le molimen fluxionnaire et à combattre l'excès de congestion de l'utérus et de ses annexes. Pendant la crise, on doit prescrire le repos, le décubitus dorsal, les cataplasmes émollients sur le bas-ventre, les manuluves sinapisés, les lavements laxatifs, les boissons délayantes, les bains généraux tempérés et prolongés.

Lorsque ces moyens sont insuffisants, on est quelquefois obligé de pratiquer de légères émissions sanguines locales, à l'aide de sangsues appliquées sur l'hypogastre, à la partie interne des cuisses ou à l'anus. Le nombre des sangsues doit être proportionné à l'intensité des phénomènes congestifs et à la force des malades.

Pour prévenir le retour de la crise, on doit soumettre les malades à un traitement préalable pendant l'intervalle des règles. Cette médication prophylactique consiste dans un ensemble de moyens propres à décongestionner le système utérin. Tels sont les purgatifs légers renouvelés toutes les semaines, les grands bains souvent répétés, les douches froides dérivatives; enfin, chez les malades pléthoriques, les petites saignées révulsives, qu'on pratiquera de préférence soit quelques jours après les règles, soit vers le milieu de l'intervalle intermenstruel.

Traitement de la dysménorrhée nerveuse. — Tous les agents de la médication calmante, antispasmodique et anesthésique, énumérés plus haut à l'occasion du traitement de la crise dysménorrhéique, trouvent leur application principale dans la dysménorrhée nerveuse. En effet, c'est surtout dans cette forme de dysménorrhée qu'il convient d'employer *intus et extra* les préparations d'opium, de belladone ou de valériane; l'éther, le chloroforme, le bromure de potassium, le chloral, les injections hypodermiques de morphine, les lavements laudanisés, les suppositoires opiacés et belladonés, les tampons vaginaux enduits de pommades narcotiques, etc.

On peut associer à ces moyens l'usage de l'apiol à la dose modérée d'une ou de deux capsules par jour.

Les bains entiers ou les bains de siége à l'eau de tilleul, les fumigations calmantes ou aromatiques peuvent encore être employés avec avantage.

Enfin, on a conseillé le cathétérisme du conduit utérin dans le triple but de dilater le canal, de vaincre le spasme et d'émousser la sensibilité de l'orifice cervico-utérin. Au lieu d'une sonde, on peut se servir d'un cône en laminaria ou d'une éponge préparée, à l'exemple de Simpson, de Bennett et de Marion Sims. L'expérience que nous avons faite de ces trois procédés nous a conduits à donner la préférence au laminaria. On peut employer aussi les dilatateurs utérins, tels que celui de Priestley, qui agit comme l'instrument de Reybard dans les rétrécissements de l'urèthre.

L'incision de la paroi interne du conduit utérin a été conseillée et pratiquée par Simpson et par Sims, comme un des meilleurs moyens de détruire le spasme dysménorrhéique. Cette opération, qui demande une grande habitude manuelle, est peu usitée jusqu'à présent en France. Nous reviendrons sur ce procédé à l'occasion du traitement de la dysménorrhée mécanique.

Traitement de la dysménorrhée mécanique. — Ce traitement varie suivant la nature de la lésion qui amène le rétrécissement et qui fait obstacle au libre écoulement des règles.

Lorsque le rétrécissement du conduit utérin est occasionné par un état hypérémique ou un boursouflement inflammatoire de la membrane muqueuse qui le tapisse, on doit s'appliquer surtout à combattre l'élément congestif ou inflammatoire par des cataplasmes, des injections vaginales tièdes, émollientes et calmantes, des bains de siége, des bains entiers, des révulsifs, et même des émissions sanguines modérées, en un mot par tous les moyens thérapeutiques que nous avons fait connaître au sujet de la congestion utérine et de la métrite.

Si la dysménorrhée est liée à une atrésie ou à une coarctation organique du conduit utérin, il faut employer les procédés que nous avons exposés avec détail dans le chapitre consacré à l'étude des rétrécissements utérins. Ces procédés consistent à dilater ou à débrider la partie rétrécie.

La dilatation doit être graduelle. Elle s'opère soit à l'aide de sondes métalliques ou de bougies en gomme élastique ou en cire,

soit à l'aide d'éponges préparées, taillées en cône et revêtues d'une couche de cire, soit à l'aide de petits tubes de laminaria. Nous donnons la préférence à ce dernier moyen, qui dilate aussi bien et aussi vite que l'éponge préparée et qui, en permettant aux liquides contenus dans l'utérus de s'écouler librement, n'expose pas aux douleurs résultant de la rétention de ces liquides. Quand le tube est introduit dans le canal utérin, on l'y maintient en poussant jusqu'au fond du vagin deux ou trois tampons d'ouate. On laisse ces tubes à demeure pendant un temps qui varie entre une heure et une heure un quart. On les retire à l'aide d'un fil fixé à leur extrémité libre. On recommence cette opération tous les deux jours en se servant de tubes de plus en plus gros.

Dans les cas où le conduit utérin est étroit sans induration de ses parois, on peut employer le dilatateur de Priestley, que nous avons déjà signalé plus haut.

Lorsque le rétrécissement est formé par un tissu fibreux ou inodulaire ou par des brides cicatricielles, la dilatation est, en général, insuffisante. Il faut alors recourir au débridement. On se sert, pour le pratiquer, soit de ciseaux dont le tranchant est en dehors, soit d'un bistouri boutonné, soit de l'hystérotome ou du lithotome caché. Ce dernier instrument doit être employé surtout quand le rétrécissement a son siége entre les deux orifices du conduit utérin.

Une fois le débridement opéré, il importe de s'opposer à la *réunion* des deux lèvres de la plaie et de maintenir la dilatation au moyen de la cautérisation avec le nitrate d'argent ou à l'aide d'une sonde introduite dans le conduit utérin.

Rarement le débridement est suivi d'hémorrhagie. Si cet accident survient, on y remédie à l'aide de petits tampons imbibés d'une solution de perchlorure de fer.

M. Sims, n'admettant que des dysménorrhées symptomatiques, toujours dues à une action mécanique, conseille et pratique le débridement du conduit cervical comme méthode générale dans le traitement de la menstruation douloureuse. Ne partageant pas l'opinion trop exclusive de M. Sims sur les causes déterminantes de la dysménorrhée, nous ne saurions adopter ses déductions thérapeutiques. Une longue expérience nous a appris que la dilatation employée avec mesure et avec opportunité réussit dans la plupart des cas sans présenter les inconvénients et les dangers de la pratique abusive du débridement.

Quelle que soit celle de ces méthodes opératoires que l'on préfère, il ne faut jamais y recourir que dans les cas simples et exempts de toute complication inflammatoire, soit aiguë, soit chronique, de l'utérus ou de ses annexes. Ces complications exposeraient aux plus graves dangers si l'on attaquait le rétrécissement avant de les avoir préalablement écartées.

Traitement de la dysménorrhée membraneuse. — Les indications thérapeutiques varient suivant que la dysménorrhée membraneuse est inflammatoire ou exfoliante.

La dysménorrhée membraneuse d'origine inflammatoire réclame surtout l'emploi des moyens usités contre la métrite interne. Il est d'abord nécessaire d'éloigner toutes les causes capables d'augmenter le mouvement fluxionnaire des organes utéro-ovariens. Il faut donc prescrire un exercice modéré, le repos général et surtout le repos de l'organe malade.

Si la métrite est intense et si les malades sont assez fortes pour supporter les émissions sanguines, on pourra recourir, pendant les périodes intercalaires, aux petites saignées révulsives, aux scarifications ou aux applications de sangsues sur le col utérin, aux ventouses scarifiées sur les régions lombaires et sacrée.

Chez les femmes faibles, anémiques ou lymphatiques, les révulsifs et les mercuriaux doivent être substitués aux émissions sanguines.

G. Hewitt conseille les douches vaginales froides souvent répétées, pour modérer l'afflux sanguin vers l'utérus.

Toutes les variétés de cautérisation ont été préconisées pour le traitement de la dysménorrhée membraneuse d'origine inflammatoire. Ces cautérisations doivent être portées profondément jusque dans la cavité du corps de l'utérus. On se sert généralement, pour les pratiquer, du crayon de nitrate d'argent ou d'une solution concentrée de ce sel. Quelques médecins allemands emploient un crayon de chlorate de potasse. M. Siredey préfère le crayon de tannin qu'il laisse à demeure dans la matrice. MM. Huchard et Labadie-Lagrave recommandent expressément ce dernier topique comme étant le moins dangereux et le plus efficace. Après la dilatation préalable du canal cervico-utérin à l'aide d'une éponge préparée, le crayon de tannin est introduit tous les trois jours et maintenu dans la cavité utérine pendant une ou deux heures.

Le docteur Taulier a rapporté dans sa thèse (Paris, 1871) un

succès complet obtenu par M. Depaul, à l'aide de cautérisations au fer rouge pratiquées une fois par semaine. Le cautère actuel était rapidement introduit dans l'utérus et retiré immédiatement. Après quelque temps de ce traitement les membranes ne furent plus rejetées et les règles devinrent normales.

Les divers procédés de dilatation du col utérin peuvent être appliqués comme moyens palliatifs dans le traitement de la dysménorrhée membraneuse. En ouvrant un passage plus facile aux membranes dysménorrhéales, ils favorisent leur expulsion, ils diminuent l'intensité des efforts expulsifs et la violence des douleurs.

Nous ne signalerons, que pour les condamner, les injections médicamenteuses intra-utérines, préconisées par quelques auteurs, mais généralement abandonnées aujourd'hui à cause des accidents graves auxquels elles exposent les malades.

Dans le but d'exercer sur les produits membraneux une action fluidifiante, on a conseillé à l'intérieur l'emploi des sels de soude et de potasse, des préparations ammoniacales et mercurielles. Nous mentionnons ces agents sans leur accorder plus d'importance qu'ils n'en méritent.

Les moyens de traitement que nous venons d'exposer peuvent convenir, hormis les émissions sanguines, à la seconde forme de dysménorrhée membraneuse, à la dysménorrhée exfoliante; mais il est rare que ces agents amènent la guérison de cette singulière anomalie menstruelle.

C'est dans ce cas surtout qu'il importe d'écarter toutes les influences propres à produire une suractivité fonctionnelle des organes génitaux, et notamment l'abus des rapprochements sexuels. Une femme, citée par Tyler Smith, et chez laquelle l'origine et la cause des troubles menstruels remontaient à son premier mariage et à l'abus des plaisirs vénériens, vit pendant son veuvage tous les accidents de la dysménorrhée membraneuse disparaître pour se reproduire après son second mariage. MM. Huchard et Labadie-Lagrave, qui rappellent ce fait, nous paraissent en tirer une conclusion excessive lorsqu'ils disent qu'un médecin, consulté au sujet du mariage d'une jeune fille ou d'une femme atteinte de cette affection, doit défendre temporairement une alliance qui pourrait aggraver les accidents.

Dans l'impuissance où nous sommes présentement d'obtenir la guérison radicale et certaine de la dysménorrhée exfoliante, nous

devons nous appliquer particulièrement à modérer la violence des crises et à en abréger la durée par l'ensemble des agents de la médication calmante, antispasmodique et anesthésique, conformément aux préceptes que nous avons formulés à l'occasion du traitement de la crise dysménorrhéique.

CHAPITRE III

DE L'AMÉNORRHÉE.

Définition. — Le mot *aménorrhée* signifie absence des règles, dans le sens étymologique.

Nous désignerons donc sous le nom d'*aménorrhée* « l'absence ou la suppression de la menstruation pendant l'âge nubile, hors de la grossesse et de l'allaitement ».

Cette définition établit immédiatement une distinction entre l'aménorrhée proprement dite, la menstruation tardive et la ménopause, dont nous avons parlé en traitant des phénomènes de l'ovulation.

Il convient aussi de distinguer l'aménorrhée de la rétention des menstrues, qui tient à des causes différentes et qui fera l'objet d'un chapitre spécial.

Nous ferons remarquer, en outre, que notre définition et les développements qui vont suivre s'appliquent uniquement à l'aménorrhée morbide, et nullement à l'aménorrhée physiologique résultant de la grossesse ou de l'allaitement.

Étiologie. — Il est inutile de dire que l'aménorrhée est essentiellement une affection propre à l'âge nubile, qu'on ne l'observe jamais, ni avant l'époque de la puberté, ni après la ménopause.

Elle est plus fréquente chez les jeunes filles récemment menstruées, dans la période de quatorze à vingt ans, que chez les jeunes femmes de vingt à trente ans et que chez les femmes menstruées depuis longtemps.

Un tempérament lymphatique, une constitution délicate et grêle, la diathèse scrofuleuse, prédisposent à l'aménorrhée.

Cette affection s'observe fréquemment surtout chez les jeunes filles ou chez les femmes pourvues d'un embonpoint exagéré et précoce.

Un assez grand nombre de faits attestent que l'aménorrhée peut être héréditaire.

L'aménorrhée est plus commune chez les célibataires que chez les femmes mariées. Le célibat ne produit pas l'aménorrhée, mais certainement il l'entretient.

Certaines professions, agissent souvent, soit comme causes prédisposantes, soit comme causes déterminantes de l'aménorrhée, telles sont surtout les professions de cuisinière ou de blanchisseuse, qui obligent ces ouvrières à vivre habituellement, soit dans un milieu trop chaud, soit dans une atmosphère trop froide et trop humide.

Cette affection peut être produite par le changement de lieux et d'habitudes. Ainsi beaucoup de jeunes filles ou de femmes de la campagne deviennent aménorrhéiques en arrivant dans une grande ville. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion de faire cette observation à Paris.

Une alimentation insuffisante, les privations, la misère, sont encore des causes d'aménorrhée.

On voit enfin la menstruation se supprimer, soit brusquement sous l'influence d'une émotion vive, soit peu à peu sous l'influence de la tristesse et de chagrins prolongés.

Indépendamment de ces causes d'ordre hygiénique, l'aménorrhée reconnaît encore d'autres causes d'ordre pathologique, beaucoup plus directes et beaucoup plus actives.

A ce dernier genre de causes se rattachent tous les états pathologiques de l'utérus ou des ovaires et toutes les maladies étrangères à l'appareil génital, capables d'amener l'absence ou la suppression des règles.

Il n'est pas de lésion de l'utérus qui ne puisse s'accompagner d'aménorrhée.

L'absence de l'utérus ou son défaut de développement entraînent nécessairement l'absence des règles. On en a observé des exemples authentiques.

La congestion utérine et la métrite peuvent aussi produire l'aménorrhée.

Les déviations utérines ne s'accompagnent pas d'aménorrhée à moins qu'il n'y ait une autre lésion concomitante.

Les lésions organiques de la matrice donnent rarement lieu à l'aménorrhée; le plus souvent, au contraire, elles s'accompagnent de métrorrhagie.

Parmi les causes d'aménorrhée provenant d'une lésion des annexes de l'utérus, on doit citer en première ligne l'absence congénitale des ovaires, l'atrophie ou la destruction de ces organes par suite d'un travail pathologique.

Viennent ensuite les kystes de diverse nature, les dégénérescences fibreuses ou cancéreuses dont les ovaires peuvent être atteints.

L'absence des trompes utérines, leur oblitération, peuvent aussi déterminer l'aménorrhée en interrompant toute communication entre les ovaires et l'utérus.

L'aménorrhée s'observe encore quelquefois dans le cours des phlegmasies péri-utérines; mais, le plus souvent, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces phlegmasies provoquent la métrorrhagie.

Les lésions du vagin et de la vulve, leur oblitération et leurs diverses difformités sont plutôt des causes de rétention du flux menstruel que des causes d'aménorrhée.

Quand les maladies aiguës surviennent au début ou dans le cours de la période menstruelle, les règles se suppriment presque toujours. Si la maladie est grave, elles restent supprimées pendant toute sa durée. Si la maladie offre peu de gravité, les règles peuvent reparaître, mais elles sont généralement diminuées.

L'aménorrhée persiste le plus ordinairement pendant la convalescence des maladies graves, qui ont appauvri le sang et affaibli l'économie. Cette aménorrhée secondaire disparaît, en général, au bout de deux ou trois mois.

Parmi les affections étrangères à l'appareil génital capables de produire l'aménorrhée, il faut placer au premier rang la chlorose et l'anémie.

L'appauvrissement du sang, qui est le caractère principal et commun de ces deux états pathologiques, doit être considéré, à notre avis, comme la cause de la suspension des règles. Cette opinion, que nous avons soutenue et développée dans notre *Traité de la chlorose*, nous paraît plus conforme à l'observation clinique et à la saine in-

terprétation des faits, que la théorie contr
rhée à la suppression des menstrues.

Les chances d'aménorrhée sont d'autan
est plus appauvri ou que le chiffre des glo

Les maladies chroniques, les maladies
cachexies, amènent souvent aussi l'aménc
elles, telles que les lésions organiques du
le diabète, l'albuminurie, l'entérite chro
produisent l'aménorrhée qu'à la longue e
débilitation de l'organisme.

Dans la phthisie pulmonaire, l'aménorr
moins avancée de la maladie, quelquefoi
que l'organisme ait subi une altération pr
ter que le travail de la tuberculisation ex
spéciale sur le molimen menstruel. Ce f
règles comporte une signification clini
soupçonner la présence ou l'imminence d

Le mode d'action de ces maladies est à
agissent sur les fonctions de l'utérus d'u
tôt en détournant le molimen ménorrhagi
dérivative sur l'organe lésé, tantôt en m
nérales de l'organisme par les troubles pr
à la circulation et à l'innervation, par l'alté
dans la constitution du sang et finalemen
qu'elles amènent dans les phénomènes d
dans les dernières périodes des affections
dies constitutionnelles, exception faite d
qu'on voit survenir l'aménorrhée. Après
lières, les règles se suppriment définitive
pent des symptômes de cachexie et qu'arr
et de la fièvre hectique.

Divisions. — Il résulte de l'exposé de ce
peut être *congénitale* ou *accidentelle*, *idiop*

Nous entendons par aménorrhée *congén*
truation ou la non-apparition des règles
pendant un temps plus ou moins long.
forme d'aménorrhée n'est que temporaire
plement retardée, s'établit à un âge vari

soit sous l'influence des rapprochements sexuels. Dans d'autres cas, rares d'ailleurs, l'aménorrhée congénitale est permanente et persiste toute la vie.

Nous désignons sous le nom d'*aménorrhée accidentelle*, par opposition à l'aménorrhée congénitale, toute suppression des menstrues survenant sous l'influence d'une des causes énumérées plus haut, en dehors de la grossesse et de l'allaitement.

L'aménorrhée est dite *idiopathique* lorsqu'elle est constituée uniquement par le trouble de la fonction et qu'elle ne se rattache à aucune lésion appréciable de l'utérus ou des autres organes. Elle est produite alors le plus souvent par l'impression du froid, les chutes, les coups, les commotions, les émotions vives, la douleur, la frayeur, la perturbation brusque résultant d'une indigestion, d'une saignée, d'un vomitif, etc., en un mot, par toutes les causes qui empêchent la fluxion menstruelle de s'établir ou qui arrêtent la congestion et l'hémorrhagie. Néanmoins, il faut apporter la plus grande réserve dans l'appréciation de ces causes ; car il arrive souvent que l'aménorrhée n'est idiopathique qu'en apparence, tandis qu'en réalité elle est déterminée et entretenue, soit par un état congestif ou inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes, soit par une congestion ou une inflammation subitement développée dans d'autres organes, soit enfin par une grande perturbation de la circulation ou de l'innervation (syncope, hystérie, etc.) ; et alors la suppression de la menstruation rentre dans les variétés symptomatiques.

L'aménorrhée *symptomatique* est celle qui est liée à une des nombreuses lésions que nous avons mentionnées à propos de l'étiologie.

Symptomatologie. — Dans certains cas, l'absence d'écoulement sanguin constitue l'unique phénomène de l'aménorrhée. On n'observe aucun autre trouble fonctionnel, soit local, soit général. L'ovulation n'a pas lieu.

Lorsque, au contraire, les phénomènes habituels de l'ovulation se produisent, l'aménorrhée se traduit, non-seulement par l'absence de l'hémorrhagie utérine, mais encore par tous les symptômes caractéristiques de la congestion ovarienne.

Ces symptômes sont les mêmes que ceux qui précèdent ordinairement les règles. Les malades éprouvent une sensation de tension, de pesanteur et de chaleur dans le bas-ventre ; des douleurs dans les

régions inguinales, dans les reins et dans les lombes; du ténesme vésical, des envies fréquentes d'uriner. Chez quelques-unes, l'hypogastre est tendu, ballonné, sensible à la pression.

Assez souvent le flux menstruel est remplacé par un écoulement leucorrhéique plus ou moins abondant et qui dure pendant toute la période présumée des règles.

Des troubles généraux viennent quelquefois s'ajouter à ces phénomènes locaux. Les malades éprouvent le plus souvent un grand malaise, un sentiment de courbature et de lassitude, des bouffées de chaleur à la tête, des céphalalgies, des migraines, de l'anorexie, des nausées, des vomissements, de l'oppression, des palpitations de cœur, des douleurs névralgiques dans différentes parties du corps.

Dans certains cas, fort rares, l'aménorrhée s'accompagne d'accidents beaucoup plus graves, tels que des congestions et des hémorrhagies, soit dans l'encéphale, soit dans les poumons, soit dans d'autres viscères.

Sous l'influence de l'aménorrhée on voit encore se manifester des troubles variés dans le système nerveux, des crises hystériques, des accès de manie aiguë, des phénomènes de dépression mélancolique. Chez quelques malades, cette tristesse profonde et maladive est moins le fait de l'aménorrhée que le résultat des préoccupations que la crainte d'une grossesse fait naître dans leur esprit.

Diagnostic. — Avant toutes choses on doit rechercher si l'aménorrhée est le résultat d'un commencement de grossesse. On parvient à résoudre ce premier terme du diagnostic en tenant les malades en observation et en étudiant avec soin les changements qui peuvent s'opérer dans le volume de l'utérus sous l'influence de la gestation.

Quelques femmes, atteintes d'aménorrhée et craignant d'être enceintes ou ayant intérêt à dissimuler une grossesse, cherchent à en imposer au médecin en imprégnant leurs vêtements d'un sang emprunté en vue de simuler l'apparition des règles. L'exploration directe de l'utérus fournit un moyen facile et certain de déjouer un pareil subterfuge.

La rétention du sang menstruel donne lieu à une suppression toute apparente des règles, qu'il importe de distinguer de la véritable aménorrhée.

Dans la rétention des menstrues, comme nous le verrons plus loin, l'hémorrhagie cataméniale a lieu ; mais le sang, retenu par un osbtacle dans la cavité utérine ou dans le conduit vaginal, ne peut s'écouler au dehors. Il en résulte une série de phénomènes qui n'existent point dans l'aménorrhée. Ces phénomènes distinctifs sont : les douleurs expulsives, le ténesme utérin, le développement de l'hypogastre et la présence d'une tumeur ou collection liquide formée par le sang accumulé dans l'utérus et dans le vagin.

Quand on s'est ainsi assuré que l'aménorrhée existe réellement, et qu'elle n'est simulée ni par une grossesse, ni par une rétention, des règles il reste à déterminer si elle est idiopathique ou symptomatique.

L'aménorrhée idiopathique et l'aménorrhée symptomatique présentent un ensemble de caractères communs : ce sont les troubles aménorrhéiques proprement dits, que nous avons décrits plus haut.

Mais ce qui distingue ces deux formes d'aménorrhée, c'est que dans l'aménorrhée idiopathique on ne trouve que les symptômes particuliers à l'aménorrhée, tandis que dans l'aménorrhée symptomatique on observe, outre les symptômes propres à cette affection, l'ensemble des phénomènes appartenant aux diverses lésions de l'utérus ou d'autres organes auxquelles se rattache l'absence des menstrues.

Le diagnostic de l'aménorrhée symptomatique doit donc être complété par la recherche de la lésion dont elle dépend.

Cette recherche doit porter d'abord sur la structure et l'état des organes de la génération. L'examen attentif de ces organes permet de reconnaître si l'aménorrhée est congénitale ou accidentelle. Dans le premier cas, où les règles n'ont jamais paru, on constate, soit l'absence de l'utérus ou l'absence des ovaires, soit un vice de conformation de ces organes, qui rendent impossible l'établissement de la fonction menstruelle. Dans le second cas, où les règles se sont supprimées après une ou plusieurs apparitions, on trouve le plus souvent une lésion quelconque de la matrice ou de ses annexes qui explique la suppression accidentelle de la menstruation.

Lorsque après une exploration minutieuse et suffisamment répétée, on ne découvre dans les organes génitaux aucun état pathologique auquel on puisse attribuer l'aménorrhée, il ne faut pas se hâter de conclure qu'on a affaire à une aménorrhée idiopathique. Il importe d'explorer les autres appareils organiques, de s'enquérir de

la santé générale et de s'assurer si l'aménorrhée dépend de la dépendance de quelque autre maladie génital.

Pronostic. — L'aménorrhée idiopathique est comme un accident sans gravité, lorsqu'elle trouble dans les fonctions des autres organes. La menstruation se rétablit le plus souvent d'une manière sous l'influence de soins hygiéniques ou d'un traitement simple.

Le pronostic de l'aménorrhée idiopathique est un certain degré de gravité quand elle est sous la dépendance de troubles congestifs dans les divers organes.

Le pronostic de l'aménorrhée symptomatique est de gravité que celui de l'aménorrhée idiopathique, variant la nature et l'importance des lésions qui la produisent.

L'aménorrhée qui se montre dans le cours de la grossesse cesse le plus souvent d'elle-même pendant la grossesse ou le retour à la santé.

Cette affection est encore susceptible de guérir lorsqu'elle est liée à un état congestif ou spasmodique de l'utérus ou reconnaît pour cause la chlorose ou l'anémie.

L'aménorrhée est incurable lorsqu'elle reconnaît pour cause d'un arrêt de développement des organes génitaux ; elle est encore incurable lorsqu'elle est due à la cachexie ou à d'autres affections cachectiques.

L'aménorrhée n'est point par elle-même une cause de stérilité. Les exemples de grossesse chez les aménorrhéiques ne sont pas rares. En effet, l'écoulement sanguin n'est qu'un phénomène secondaire dans l'importante fonction de la génération. La fécondation est possible même en l'absence de menstruation, pourvu que les phénomènes essentiels de la fécondation (rupture de la vésicule de de Graaf, passage de l'ovule dans le pavillon et dans la trompe utérine) s'accomplissent.

La stérilité n'accompagne l'aménorrhée que lorsque l'absence du flux menstruel dépend d'une malformation, d'une conformation ou d'une lésion organique (imperforation, oblitération, atrésie, absence) des ovaires, de l'utérus ou du vagin. Encore, dans ces conditions, c

qu'est due la stérilité, mais aux lésions graves qui l'accompagnent qui et rendent l'ovulation ou l'imprégnation impossibles.

THÉRAPEUTIQUE. — Le traitement de l'aménorrhée doit être basé essentiellement sur la connaissance précise et sur la détermination des causes qui produisent l'absence ou la suppression des règles. Ces causes étant connues, on doit rechercher et appliquer les moyens thérapeutiques les plus propres à les combattre et à les éloigner.

Traitement de l'aménorrhée idiopathique. — Le traitement de l'aménorrhée idiopathique varie suivant que cette affection est liée : 1° à un état asthénique, soit local, soit général ; 2° à une congestion utéro-ovarienne ; 3° à des troubles de l'innervation de l'utérus ou des ovaires.

L'aménorrhée asthénique s'observant particulièrement chez les sujets d'une constitution délicate ou d'un tempérament lymphatique, chez les femmes ou les jeunes filles atteintes de chlorose ou d'anémie, réclame surtout l'emploi de la médication tonique.

Il faut d'abord remédier à l'appauvrissement du sang, relever les forces de l'économie et imprimer à toutes les fonctions l'activité qui leur manque. On remplit cette indication fondamentale à l'aide des préparations de quinquina, des amers, des ferrugineux, d'une bonne nourriture et d'un régime analeptique et approprié à l'état des organes digestifs. On associe à ces moyens les bains excitants, aromatiques, sulfureux ou salins et principalement les douches hydrothérapiques. Ces douches, administrées méthodiquement, suivant les règles établies par le docteur Fleury, produisent, dans l'espèce, de très-bons effets. On prescrit encore le séjour à la campagne, les promenades au grand air, les exercices gymnastiques, l'équitation, etc. Ce dernier exercice demande à être surveillé; utile dans certains cas, il peut devenir nuisible dans d'autres.

Mais c'est surtout dans la médication hydrominérale que le traitement de l'aménorrhée asthénique trouve ses ressources les plus précieuses et les plus puissantes. On a recours, suivant les cas particuliers, aux eaux ferrugineuses de Forges, de Spa, de Luxeuil, de Passy, de Saint-Nectaire, de Lamalou, etc.; ou aux eaux sulfureuses de Saint-Honoré, de Luchon, d'Ax, d'Enghien, de Baréges, etc.; ou aux eaux d'Allevard, d'Uriage, de Saint-Gervais ; ou encore aux eaux chlorurées sodiques et bromoiodurées de Salins (Jura), de Salies-de-Béarn.

L'air marin et les bains de mer jouissent d'une réputation mé-

ritée pour la guérison de l'aménorrhée. Ils réussissent particulièrement chez les jeunes filles ou chez les jeunes femmes qui habitent les grandes villes. Cependant ils sont dangereux et formellement contre-indiqués chez les sujets prédisposés à la tuberculisation pulmonaire ou atteints d'affections catarrhales.

Les moyens thérapeutiques que nous venons de signaler ont surtout pour but de reconstituer le sang et de fortifier l'organisme; ils agissent d'une manière indirecte et suffisent souvent à ramener le retour des règles. Dans d'autres cas, ils sont insuffisants et il faut avoir recours à une médication plus directe et plus spéciale, qui consiste dans l'emploi des agents *emménagogues*, dont nous exposerons plus loin les indications et les contre-indications.

La seconde forme de l'aménorrhée idiopathique, la forme *congestive*, qu'on pourrait encore nommer *sthénique*, réclame une médication tout opposée à la précédente. L'absence ou la suppression des règles provenant ici d'un excès de congestion utéro-ovarienne, il y a lieu d'employer les moyens propres à combattre l'état congestif. On doit commencer par les plus simples, tels que les applications de cataplasmes sur l'hypogastre, les injections vaginales émollientes et calmantes, les bains de siége tièdes à l'eau de son ou à l'eau de guimauve, les grands bains prolongés, les lavements laxatifs, les purgatifs doux, etc.

Si ces moyens échouent et si la malade est douée d'une bonne constitution, il est quelquefois utile et même nécessaire de faire appliquer des sangsues à la partie interne des cuisses ou de pratiquer une saignée du bras (de 60 à 80 grammes). Ces émissions sanguines produisent une déplétion locale, une détente rapide du système utéro-ovarien, qui favorise l'hémorrhagie menstruelle.

Quand l'aménorrhée idiopathique est due à un état spasmodique des vaisseaux utéro-ovariens, il convient de prescrire les calmants, les narcotiques, les antispasmodiques, et dans quelques cas les anesthésiques.

Nous employons de préférence dans cette forme de l'aménorrhée la valériane, le castoreum, l'asa fœtida, l'éther, l'éthérolé de valériane, le valérianate d'ammoniaque.

La valériane peut s'administrer en pilules, en potion et en lavements. Les bains entiers préparés avec la valériane et le tilleul produisent aussi de bons effets.

On peut aussi recourir avec avantage à l'emploi du bromure de potassium (1 à 2 grammes par jour).

Lorsque le spasme est intense et accompagné de vives douleurs dans le bas-ventre, on doit associer aux antispasmodiques, les préparations d'opium et de belladone, sous des formes variées, en pilules ou en potion, en pommades sur l'hypogastre, en suppositoires dans le rectum, en lavements laudanisés. On applique aussi sur les régions douloureuses des compresses imbibées d'eau et de chloroforme, des pommades ou des liniments chloroformés. Enfin, les injections hypodermiques de morphine peuvent être employées dans quelques cas exceptionnels pour remplir la même indication.

Traitement de l'aménorrhée symptomatique. — Dans cette variété d'aménorrhée, la première indication consiste à combattre l'affection locale ou éloignée qui produit et qui entretient la suppression du flux menstruel. Les moyens thérapeutiques varient donc suivant la nature de cette affection.

Si l'aménorrhée est due à une phlegmasie de l'utérus ou de ses annexes, elle réclame le traitement des inflammations utérines et périutérines, tel que nous l'avons exposé dans les chapitres consacrés à ces affections.

Lorsque l'aménorrhée reconnaît pour cause la chlorose ou l'anémie, il faut bien se garder de chercher à rappeler le flux menstruel avant de recourir aux moyens propres à reconstituer le sang.

Quand l'aménorrhée survient pendant le cours de la phthisie pulmonaire, on ne peut guère espérer le retour des règles; il faut se borner à détourner les mouvements fluxionnaires qui s'opèrent vers les organes respiratoires à chaque époque menstruelle. Les ferrugineux produisent, en général, de très-mauvais effets dans ces circonstances; ils provoquent des phénomènes congestifs qui peuvent donner une impulsion plus rapide à la marche de la tuberculisation.

L'aménorrhée symptomatique des cachexies ne réclame non plus aucun traitement particulier. Il faut combattre la cachexie par des moyens appropriés et soutenir les forces des malades par toutes les ressources empruntées à la thérapeutique et à l'hygiène.

Des emménagogues dans l'aménorrhée. — A propos du traitement de la dysménorrhée, nous avons signalé une classe d'agents thérapeutiques, désignés sous le nom d'*emménagogues* et destinés à provoquer ou à favoriser l'éruption menstruelle. Ces agents sont surtout applicables au traitement de l'aménorrhée asthénique.

On peut les distinguer, au point de vue pratique, en deux groupes principaux suivant qu'ils agissent sur l'état général de l'organisme ou sur l'état des organes utéro-ovariens; on pourrait appeler les premiers emménagogues indirects ou excitants généraux, les seconds emménagogues directs ou excitants locaux. Cette division est d'autant plus fondée qu'elle correspond aux deux indications principales du traitement de l'aménorrhée.

Nous passerons successivement en revue ces deux classes d'agents.

Les excitants généraux ou emménagogues indirects comprennent toutes les substances propres à augmenter la chaleur du corps, à accélérer la circulation générale, à stimuler l'innervation.

Ainsi, on conseille, pour favoriser les règles, le séjour au lit dans une chambre bien chaude, avec des bouteilles d'eau bouillante aux pieds; les bains entiers ou les bains de vapeur stimulants aromatiques; l'usage des infusions de tilleul, de camomille, de menthe, de sauge et de mélisse; les préparations ammoniacales, particulièrement l'acétate d'ammoniaque.

Certaines plantes, comme l'armoise, l'absinthe, les fleurs de sureau, les feuilles de cassis, le safran, sont employées vulgairement comme emménagogues. Dans l'Inde on attribue les mêmes propriétés à l'ananas.

Les drastiques, notamment la coloquinte, la gomme-gutte et l'aloès, produisent sur le rectum une action irritante et un mouvement fluxionnaire qui se transmettent souvent aux organes génitaux et peuvent donner lieu à l'éruption menstruelle.

On doit encore ranger parmi les emménagogues indirects la teinture de cantharides, dont l'action irritante sur le col de la vessie peut se propager jusqu'à l'utérus.

Au premier rang des emménagogues directs ou excitants locaux, nous signalerons certaines substances qui, prises à l'intérieur, paraissent exercer une action élective sur l'utérus et les ovaires. Telles sont : la rue, la sabine, l'ergot de seigle, la teinture d'iode, l'apiol.

On prescrit la rue en poudre, à la dose de 1 à 2 grammes par jour; en infusion (4 grammes d'herbe pour 1000 grammes d'eau; en extrait, à la dose de 1 à 2 grammes; en huile essentielle, à la dose de 5 à 10 gouttes.

La sabine se donne en poudre jusqu'à 2 grammes par jour; ou en infusion à la dose de 1 à 2 grammes pour 1 kilogramme d'eau. Il serait imprudent de dépasser ces doses.

Brera, Sablairolles, Récamier et Trousseau, ont conseillé comme emménagogue, la teinture d'iode à la dose de 15 à 70 gouttes par jour, dans une tisane appropriée, que l'on doit prendre par tasses, à l'époque présumée du retour des règles. Ce médicament est infidèle et peu employé de nos jours.

L'apiol d'Homolle et de Joret, dont nous avons déjà parlé à propos de la dysménorrhée, a été préconisé aussi dans le traitement de l'aménorrhée. On le donne au moment de la période menstruelle, à la dose d'une capsule, matin et soir. C'est un médicament utile, mais dont on a, suivant nous, beaucoup exagéré la valeur thérapeutique.

Le seigle ergoté n'est pas, à proprement parler, un emménagogue, il ne jouit pas de la propriété de provoquer la fluxion utéro-ovarienne; il éveille les contractions musculaires de l'utérus, et il peut ainsi favoriser l'expulsion du sang menstruel quand il est retenu dans la cavité de cet organe. Il est donc plutôt un agent abortif qu'un emménagogue. On ne peut admettre que comme une hypothèse l'opinion de Raciborski, d'après laquelle l'ergot de seigle contribuerait à la déhiscence des vésicules de de Graaf en excitant la contraction de leur tunique musculaire.

L'action de la noix vomique et de la strychnine peut être rapprochée de celle de l'ergot de seigle. Ces préparations agissent aussi sur la contractilité des fibres musculaires de l'utérus et de l'ovaire. Elles peuvent être employées utilement dans certains cas d'aménorrhée asthénique, lorsqu'il faut combattre la torpeur de l'utérus.

On doit mentionner enfin, parmi les emménagogues directs, les agents externes appliqués, soit sur la région pelvienne ou les membres inférieurs, soit sur l'utérus.

Dans cet ordre de moyens thérapeutiques, figurent les bains de siége chauds, les fumigations aromatiques sur les parties sexuelles, les lavements excitants, les injections vaginales chaudes et stimulantes, les sinapismes sur les membres pelviens, etc.

Il est quelquefois utile de prescrire l'application d'un petit nombre de sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses ou sur le col de l'utérus. Il importe alors d'arrêter promptement l'écoulement du sang; car, dans ce cas, l'application des sangsues n'a d'autre but que d'activer le mouvement fluxionnaire vers les organes utéro-ovariens.

C'est dans le même but que le docteur Andrieux (de Brioude) a

imaginé une espèce de ventouse destinée à s'appliquer sur le col de l'utérus lui-même.

L'électricité a été recommandée dans l'aménorrhée asthénique, par Clarke, Aldini, Andrieux, Mojon, Gelding Bird, Raciborski et beaucoup d'autres auteurs. On peut l'employer de deux manières. L'un des procédés consiste à appliquer l'extrémité d'un rhéophore alternativement sur la colonne vertébrale, ou sur les régions sacrée et lombaire, tandis qu'on promène l'autre rhéophore sur la région sus-pubienne, les aines, le périnée et la vulve. Dans le second procédé, on introduit dans le vagin un des rhéophores dont la tige est isolée, et dont l'extrémité libre est portée sur le col de l'utérus ou même dans la cavité cervicale; l'autre rhéophore est promené autour du bassin, comme dans le premier procédé.

L'électricité est un agent très-puissant, qu'il faut employer avec beaucoup de réserve et de prudence, afin de ne pas s'exposer à provoquer des métrorrhagies abondantes, ainsi que cela est arrivé quelquefois.

Simpson a imaginé et employé une espèce de pessaire galvanique composé d'une boule ellipsoïde creuse que surmonte une tige ayant 6 à 7 centimètres de longueur et formée de deux métaux, cuivre et zinc. Cette tige est introduite dans le conduit utérin et laissée à demeure pendant quelques heures, dans le but de favoriser le mouvement fluxionnaire vers les ovaires et tout l'appareil utéro-ovarien. Nous ne pensons pas que cet instrument puisse être employé sans inconvénients ou même sans danger, et il est loin d'offrir les avantages que présente le mode ordinaire d'application de l'électricité que nous avons signalé précédemment.

Quant à la ventouse sèche intra-utérine du même auteur, nous nous bornerons à la mentionner en conseillant de ne jamais en faire usage.

Avant de préciser les indications auxquelles peuvent satisfaire les emménagogues dans les diverses variétés d'aménorrhée, il importe de définir nettement leur mode d'action et de fixer leur véritable rôle physiologique. Ce serait singulièrement exagérer ce rôle que de croire, comme on l'a admis trop longtemps, que les agents de cette médication sont doués d'une sorte de vertu spécifique et capables de provoquer le retour des règles. Les découvertes récentes sur l'ovulation ont démontré que cette opinion ne reposait que sur des données erronées. Les fonctions de l'ovulation s'opèrent en vertu

d'un travail spontané que les emménagogues sont impuissants à faire naître, et que leur concours ne peut que seconder et favoriser. Il faut donc les considérer comme de simples auxiliaires ou adjuvants de la menstruation dans le traitement de l'aménorrhée.

Raciborski a exprimé la même idée en des termes peu différents : « Sans doute, dit-il, on peut favoriser le développement des vésicules de de Graaf ; on peut même hâter plus ou moins le moment de la déhiscence spontanée, quand l'ovulation se trouve déjà dans de bonnes conditions pour cela ; mais vouloir lui commander à volonté, prétendre pouvoir provoquer le flux menstruel de toutes pièces, à l'aide de quelques médicaments, c'est trop présumer de la thérapeutique, c'est méconnaître complétement la nature réelle de la menstruation. »

Les emménagogues sont donc indiqués et surtout ils peuvent devenir efficaces lorsqu'il s'agit de simples retards, quand l'ovulation semble arrêtée dans sa dernière phase, lorsque tout est prêt seulement pour la déhiscence et qu'une légère excitation suffit pour amener l'hémorrhagie vésiculaire et utérine qui termine l'orgasme fluxionnaire des vésicules de de Graaf. Pour obtenir ce résultat, on doit administrer les emménagogues quelques jours avant l'époque présumée des règles.

Les emménagogues conviennent plus spécialement dans le traitement de cette forme d'aménorrhée asthénique qui résulte de l'atonie et de la torpeur de l'appareil utéro-ovarien. On peut alors employer avec avantage les excitants directs de l'utérus, tels que l'apiol, la rue ou la sabine, et mieux encore la noix vomique, la strychnine et la faradisation localisée.

Lorsque l'asthénie de l'appareil utéro-ovarien, au lieu d'être un accident simplement local et idiopathique, comme dans le cas précédent, est liée à un état général, tel que l'anémie et la chlorose, il ne faut pas recourir d'emblée à l'usage des emménagogues directs. Il faut avant tout prescrire une médication propre à reconstituer le sang et à relever les forces de l'économie. Dans ce cas, les toniques et les ferrugineux agissent à la manière des emménagogues indirects ; ils préparent, pour ainsi dire, la voie au rétablissement de la menstruation, et souvent même ils assurent le retour des règles. Ce n'est qu'après avoir employé ce traitement préalable qu'il peut être utile quelquefois de recourir aux emménagogues comme moyens auxiliaires. Si ces agents échouent fréquemment dans

l'aménorrhée symptomatique de l'anémie et de la chlorose, cela tient à ce que le précepte que nous venons de poser est trop souvent méconnu et qu'on administre prématurément les préparations emménagogues.

Quand l'aménorrhée est l'effet d'un état cachectique, de la tuberculose en particulier, on ne doit pas compter sur l'efficacité des emménagogues. Leur emploi doit même être rejeté; car il ne pourrait être que nuisible.

Les emménagogues sont formellement contre-indiqués quand il existe un état inflammatoire de l'utérus ou de ses annexes; l'excitation produite par ces agents ne pourrait, en effet, qu'augmenter le mouvement fluxionnaire, aggraver les accidents, et déterminer des recrudescences plus ou moins graves.

Enfin, dans le traitement de l'aménorrhée, il importe de se préoccuper toujours de la possibilité d'une grossesse et, avant de prescrire les emménagogues, de s'assurer par un examen direct qu'il n'existe aucun signe de gestation. Pour peu que l'on conçoive des doutes à cet égard, on doit tenir la malade en observation jusqu'à ce que toute incertitude ait complétement disparu.

L'observation des préceptes que nous venons de poser peut mettre à l'abri des accidents résultant de l'abus et de l'emploi intempestif de la médication emménagogue.

CHAPITRE IV.

DE LA RÉTENTION DU FLUX MENSTRUEL.

DÉFINITION. — Quand, par suite d'un obstacle apporté à sa sortie, le sang menstruel est retenu, soit dans la cavité de l'utérus, soit dans le conduit vaginal, il en résulte un état morbide qu'on désigne sous le nom de *rétention du flux menstruel* ou *des règles*.

Cet état morbide ressemble, en apparence, à l'aménorrhée; il présente, en effet, avec elle un phénomène commun, qui est le défaut de la manifestation extérieure des règles. Mais il en diffère

par un caractère essentiel, à savoir que, dans la rétention des menstrues, l'hémorrhagie menstruelle s'effectue et est simplement arrêtée; tandis que dans l'aménorrhée elle ne se produit pas; elle est supprimée. On ne saurait donc confondre ces deux états morbides dans une seule et même description.

Étiologie. — Des lésions très-diverses peuvent donner lieu à la rétention du flux menstruel. Elles consistent dans des atrésies congénitales ou accidentelles, ayant leur siége tantôt à la vulve, tantôt dans le vagin, tantôt dans l'utérus; mais elles ne s'y montrent pas avec une égale fréquence. C'est à la vulve qu'on les observe le plus souvent, puis dans le vagin et, en dernier lieu, dans l'utérus.

Nous ne reviendrons pas ici sur l'histoire et la description des atrésies, qui ont été traitées dans la première partie de cet ouvrage. Il suffit de rappeler que les atrésies congénitales comprennent le défaut de séparation des parties génitales externes, l'imperforation de l'hymen, l'absence, l'oblitération ou l'imperforation du vagin et l'imperforation du col de l'utérus.

Quant aux atrésies accidentelles de la vulve, du vagin ou de l'utérus, on les observe à la suite de plaies, de déchirures, de brûlures, de gangrène, de cautérisations énergiques et profondes, d'opérations chirurgicales, en un mot de toutes les lésions traumatiques pouvant donner lieu à des adhérences complètes ou à des cicatrices inodulaires. Les ulcérations des pustules varioliques peuvent déterminer des adhérences persistantes entre les grandes lèvres et, par conséquent, l'oblitération de l'orifice vulvaire. Cette lésion peut survenir encore sous l'influence de la gangrène de la tunique vulvo-vaginale pendant le cours de la fièvre typhoïde, du choléra et de la scarlatine.

L'imperforation de l'hymen est la plus fréquente des causes de la rétention du flux menstruel. Les atrésies utérines sont les plus rares de toutes. D'après les recherches de M. Puech, on n'en rencontre que cinquante-quatre cas dans la science.

Symptomatologie. — Les symptômes de la rétention du flux menstruel se montrent à l'époque des règles; les malades éprouvent une sensation de gêne, de pesanteur et de chaleur dans le bassin et dans la région ano-périnéale; de la courbature, des tiraille-

ments et des douleurs dans les reins et dans les lombes, des coliques passagères dans l'hypogastre. Ces phénomènes cessent au bout de trois à six jours, mais les règles ne paraissent pas.

Les mêmes symptômes se produisent à chaque époque menstruelle, seulement ils acquièrent une intensité croissante. Les douleurs lombaires et rénales deviennent plus vives, l'hypogastre se tuméfie, l'utérus augmente de volume et s'élève au-dessus de la symphyse pubienne; alors se développent des efforts expulsifs, de véritables tranchées utérines semblables aux douleurs de l'accouchement. Ces accidents s'accompagnent souvent d'élancements et d'engourdissement dans les membres inférieurs et de tous les signes de la compression du rectum et de la vessie, constipation, épreintes anales, ténesme vésical, dysurie, rétention ou incontinence d'urine. Lorsque les crises sont violentes et prolongées, il n'est pas rare de voir survenir des nausées, des vomissements, de la céphalalgie, des frissons, de la fièvre, des palpitations de cœur, de l'oppression, des suffocations, un état d'anxiété et d'agitation extrêmes.

Si l'obstacle à l'écoulement du sang persiste, les crises se rapprochent, se répètent même dans l'intervalle des époques, puis se succèdent presque sans interruption. Alors la santé générale s'altère. Les malades perdent l'appétit, se laissent aller à la tristesse, au découragement; quelques-unes tombent dans un état voisin du marasme.

Que le sang soit retenu dans le vagin ou dans l'utérus, il donne lieu à une tumeur dont les caractères doivent être étudiés par un examen direct.

Dans l'imperforation de l'hymen, la tumeur occupe à la fois la vulve et le vagin. La membrane hymen est refoulée en avant par la collection sanguine, et il en résulte une tumeur qui écarte les grandes lèvres et vient faire à travers la vulve une saillie globuleuse ou conique, dont le volume varie entre celui d'une châtaigne et celui d'un gros œuf de poule.

Cette tumeur est tantôt d'une teinte rosée, tantôt d'une coloration bleuâtre ou violacée. Elle est ordinairement dépressible, quelquefois même réductible et indolore; mais elle devient tendue, rénitente et douloureuse pendant les crises périodiques, et elle augmente de volume sous l'influence des efforts de l'acte de la défécation, de l'éternument, de la toux et des vomissements; on y perçoit de la fluctuation en imprimant des mouvements alternatifs

avec l'une des mains appliquée sur l'hypogastre et l'autre sur la saillie vulvaire

D'un autre côté, et par sa partie postérieure, la tumeur refoule la paroi recto-vaginale et forme dans le rectum une saillie analogue à la saillie antérieure ou vulvaire, molle, fluctuante et facile à reconnaître par le toucher rectal. On peut aussi constater la fluctuation par ce mode d'exploration.

Lorsque l'occlusion siége au-dessus de la vulve, dans le conduit vaginal, la collection sanguine ne fait aucune saillie entre les grandes lèvres. Elle est plus ou moins éloignée de l'orifice vulvaire, suivant que l'atrésie siége plus ou moins haut dans le vagin. On ne peut alors étudier les caractères de la tumeur qu'à l'aide du toucher vaginal et du toucher rectal combinés. Ce mode d'exploration permet encore de reconnaître si la rétention du sang menstruel est due à une occlusion membraneuse ou à des adhérences établies entre les parois du vagin. Pour mesurer la longueur de l'obstacle, on introduit le doigt indicateur dans le vagin jusqu'au niveau de l'occlusion, et le médius de la même main dans le rectum jusqu'à la limite inférieure de la tumeur. L'intervalle qui sépare les deux doigts indique l'étendue de l'atrésie. Quant aux caractères de la tumeur intra-vaginale, ils ne diffèrent pas de ceux que nous avons exposés à propos de l'imperforation de l'hymen.

Dans les atrésies du col utérin, le sang retenu et accumulé dans la cavité de l'utérus distend cet organe et donne lieu à une tumeur qu'on peut sentir au fond du vagin, à l'hypogastre et dans le rectum.

Par le toucher vaginal, on trouve le museau de tanche aplati, l'orifice utéro-vaginal oblitéré, le col de l'utérus aminci, effacé, présentant une consistance molle et de la fluctuation. Cette fluctuation est surtout sensible si l'on exerce une pression avec une main sur l'hypogastre pendant que l'index de l'autre main est appliqué sur le col utérin.

Contenue d'abord dans l'excavation pelvienne, la tumeur utérine se développe progressivement sous l'influence de la répétition des époques menstruelles. Elle s'élève peu à peu au-dessus du pubis, atteint quelquefois l'ombilic, le dépasse même et peut acquérir le volume de la matrice au terme de la grossesse.

Cette tumeur offre une forme tantôt sphérique, tantôt ovoïde, qui rappelle assez bien la configuration de l'utérus gravide.

termittente, suivant l'étendue de la déchirure. Le sang qui s'écoule ainsi est noirâtre, poisseux, mélangé de caillots et quelquefois d'une odeur fétide. Cet écoulement est suivi de la disparition rapide des douleurs et d'un soulagement presque immédiat.

Des exemples de rupture dans la vessie ont été cités par Fréteau, Boyer et Desormeaux. Ce mode de terminaison amène toujours, soit une fistule vésico-vaginale, soit une fistule vésico-utérine. Dans un exemple cité par Puech, la malade continuait à rendre du sang, tous les mois, avec les urines.

L'évacuation dans le rectum a été observée quelquefois aussi; elle s'opère avec une extrême lenteur, mais sans entraîner d'accidents graves.

Il n'en est pas de même lorsque le sang s'épanche dans la cavité péritonéale. Cette terminaison, la plus funeste de toutes, provoque presque toujours une péritonite suraiguë et mortelle.

L'épanchement dans le péritoine peut avoir lieu de deux manières : tantôt directement, par une rupture des parois vaginales, utérines ou tubaires, selon que la rétention a pour siége le vagin, l'utérus ou les trompes; tantôt indirectement, par le passage du sang à travers le pavillon jusque dans la séreuse abdominale. Dans les faits de ce genre rapportés par Brodie, Moore, Paget, Boyer, Decès, de Haen, Locatelli, Maisonneuve, Munck, Heusman et Pauly, la mort est survenue si rapidement que la péritonite n'a pas eu le temps de se développer. Deux cas de guérison seulement, dus à l'enkystement du sang et à son expulsion par le rectum ont été observés par Amussat et Bernutz.

Duparcque cite un fait dans lequel l'utérus, excessivement développé, avait contracté des adhérences intimes avec l'estomac, et s'était ouvert dans la cavité de ce viscère.

L'époque à laquelle se produit la rupture de la tumeur contenant le sang menstruel est très-variable. On a vu cette tumeur se rompre après six, huit, dix, douze et quinze mois du début de la rétention des règles; d'autres fois ce mode de terminaison ne survient qu'au bout de plusieurs années. Tout dépend du degré de distension et de résistance des parois.

Enfin, nous avons dit plus haut que lorsque la rupture n'a pas lieu, la rétention persistante des règles peut amener les troubles les plus graves dans la santé générale, l'épuisement, la consomption et la mort par le marasme.

DIAGNOSTIC. — La rétention des menstrues peut donner lieu à quelques erreurs de diagnostic contre lesquelles il importe de se prémunir.

La première et la plus grande de ces erreurs consiste à confondre la grossesse avec la rétention menstruelle. Cette confusion a été faite quelquefois, et M. Puech en cite un exemple très-curieux dans sa monographie. Il s'agit d'une malade qui n'avait pas eu ses règles depuis quelque temps et qui avait grossi. Le médecin, appelé au moment des souffrances, prit la poche des eaux pour une atrésie membraneuse distendue par une accumulation du sang menstruel; il incisa la tumeur et vit, à sa grande surprise, sortir la tête d'un enfant, au lieu du dépôt sanguin sur lequel il comptait. Une telle méprise n'aurait aucune conséquence grave si elle se produisait vers la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement; mais on comprend quels en seraient les fâcheux résultats si elle avait lieu dans les premiers mois ou vers le milieu de la gestation; une opération pratiquée, en pareille circonstance, amènerait un avortement.

D'un autre côté, et par une erreur inverse, une rétention des règles peut être prise pour une grossesse. Bien que cette erreur expose à des conséquences beaucoup moins graves que la précédente, il faut néanmoins l'éviter avec soin. En effet, chez les femmes mariées, elle peut entretenir des illusions fâcheuses, et chez les jeunes filles, elle peut faire naître des soupçons de nature à porter atteinte à leur honneur.

Deux signes sont communs à la grossesse et à la rétention du sang menstruel : c'est, d'un côté, l'absence des règles; d'un autre côté, le développement de l'utérus. Mais, à part ces deux signes, les autres symptômes établissent des différences tranchées qui laissent difficilement place à la confusion pour un observateur attentif.

On distingue aisément de la rétention menstruelle la grossesse à son début. Dans la rétention, le col utérin est effacé, ses parois sont amincies, rénitentes; tandis que dans les premiers mois de la grossesse le col utérin est épais, uni et son orifice entr'ouvert.

Dans une période plus avancée, à partir du quatrième mois, la grossesse se manifeste par des signes qui lui sont propres et qu'on ne retrouve jamais dans la rétention menstruelle. Ces signes caractéristiques de la présence du fœtus sont le ballottement, les mouvements actifs et les battements du cœur.

M. Puech a cité dans son mémoire l'exemple d'une grossesse à terme prise pour une rétention menstruelle. Une pareille erreur ne peut se produire que dans les atrésies membraneuses du vagin ou du col de l'utérus. Dans ces circonstances, en effet, la saillie de la tumeur sanguine peut simuler la poche des eaux. Mais il est facile d'éviter cette méprise en procédant à une exploration attentive des organes génitaux et en tenant compte des signes propres à la grossesse et des douleurs qui précèdent l'accouchement.

On trouvera enfin des éléments importants de diagnostic dans les commémoratifs et dans les antécédents des malades, dans le mode d'évolution et le développement de la tumeur, qui sont très-différents dans la grossesse et dans la rétention des menstrues. Pour ne signaler qu'une différence essentielle, nous rappellerons que, dans la rétention des règles, la tumeur présente, tous les mois, des variations de volume, des alternatives d'augmentation et de retrait, qu'on n'observe pas dans la grossesse.

Le diagnostic de l'hydrométrie et de la rétention menstruelle se déduit surtout de la marche et du développement de la tumeur. L'hydrométrie succède généralement à l'aménorrhée; elle a un début lent et progressif, la tumeur se développe sans douleur et d'une manière continue. La rétention des règles, au contraire, débute brusquement et se produit par saccades mensuelles accompagnées de douleurs plus ou moins vives.

La môle uterine se distingue de la rétention menstruelle par la consistance de la tumeur, qui est solide et dure dans la première affection, liquide et molle dans la seconde; par l'état du col utérin qui offre dans la môle la configuration normale, tandis qu'il est effacé et oblitéré dans la rétention. Enfin, la môle ne donne lieu à aucune recrudescence menstruelle, elle ne tarde pas à rester stationnaire, jusqu'à ce qu'elle soit expulsée par les efforts de l'utérus deux ou trois mois après son début.

Une particularité rare de la rétention menstruelle et qui mérite d'être signalée à cause de l'obscurité qu'elle peut jeter sur le diagnostic, est celle qui a été observée d'abord par M. le docteur Maurin (de Versailles), puis par M. le docteur Decès (de Bordeaux). Dans ces deux cas, le vagin était double et l'utérus bifide ou bilobé. L'une des moitiés de l'utérus et du vagin était libre et laissait passer le sang menstruel; l'autre moitié, au contraire, était imperforée, elle retenait le sang menstruel et était le siége de la tumeur. La rétention men-

ble de se rompre et plus facilement accessible à une opération chirurgicale.

Si l'obstruction a son siége dans le vagin et surtout dans l'utérus, les accidents sont plus graves, la guérison spontanée fort rare, le traitement difficile et l'opération sujette aux plus redoutables conséquences.

Par son séjour prolongé dans la cavité utérine, le sang peut subir des modifications profondes et amener la suppuration et la putrescence de l'utérus.

Thérapeutique. — Ce que nous venons de dire sur les divers modes de terminaison de la rétention menstruelle et sur son pronostic démontre surabondamment que, dans la très-grande majorité des cas, il est opportun et même nécessaire d'intervenir et d'ouvrir une issue à la collection sanguine par une opération chirurgicale.

L'opération n'est pas urgente et même elle doit être différée lorsque le mouvement menstruel tend à s'affaiblir et que les symptômes de la rétention des règles et le volume de la tumeur diminuant, au lieu d'augmenter, à chaque époque, peuvent faire espérer une guérison spontanée.

On doit s'abstenir de toute intervention chirurgicale à l'approche de la ménopause, au moment où les règles vont cesser pour toujours, et où il est permis de présumer que la collection sanguine, ne recevant plus de nouvelles quantités de liquide, disparaîtra d'elle-même.

Si le sang prend son cours par une autre voie, en d'autres termes, s'il y a une déviation menstruelle, la tumeur n'augmente plus; alors il est inutile d'opérer. La même réserve s'applique aux cas où des fistules vésicales ou rectales laissent un libre passage au sang menstruel.

Enfin l'opération ne doit pas être pratiquée quand elle offre trop de difficultés et trop de danger en raison de l'étendue de l'obstacle, de la longueur, de l'étroitesse et du peu d'épaisseur de la cicatrice vulvo-vaginale.

Les principales indications pour opérer se tirent des progrès et de l'intensité de la maladie, de l'ancienneté des accidents, du développement considérable de la tumeur et de l'imminence d'une rupture dans le péritoine ou dans la vessie.

Quelques auteurs, entre autres Velpeau, Huguier, Fletscher et

tome ordinaire. On pourrait se servir également, et avec plus d'avantages, de l'appareil aspirateur à aiguilles du docteur Dieulafoy.

Afin de favoriser le retrait de l'utérus, on peut, suivant le conseil de M. Sims, donner du seigle ergoté quelque temps avant l'opération, jusqu'à ce qu'il ait produit son action spécifique sur les contractions utérines.

Pour maintenir béante l'ouverture de la membrane hymen, la plupart des auteurs proposent d'y placer une sonde à demeure. Nous sommes d'avis de remplacer ce procédé par la cautérisation des lèvres de la plaie avec le crayon de nitrate d'argent. Ce moyen, que nous employons depuis longtemps avec succès dans le traitement des abcès, nous paraît également applicable dans le cas présent.

Traitement de la rétention par atrésie du vagin. — Si l'atrésie est membraneuse et présente peu d'épaisseur, on aura recours aux procédés que nous venons de décrire pour l'imperforation de l'hymen, en se conformant aux mêmes préceptes et en observant les mêmes précautions.

Dans les atrésies vaginales étendues et profondes, on peut employer deux procédés, soit celui d'Amussat, soit celui de Dupuytren.

Le procédé d'Amussat consiste à déprimer, à refouler par des pressions fréquemment répétées, soit avec la pulpe du doigt, soit avec un instrument mousse, la muqueuse vulvaire dans la fossette qui répond à l'entrée du vagin. On renouvelle cette manœuvre à des intervalles plus ou moins longs, tous les deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la tumeur. Alors on achève l'opération en plongeant un trocart dans la collection sanguine.

Le procédé de Dupuytren consiste dans l'emploi combiné de l'instrument tranchant et du décollement du tissu cellulaire. Il importe de s'assurer d'abord de l'épaisseur des tissus qui séparent le rectum de la vessie jusqu'à la tumeur. Cette mensuration se fait à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie et du doigt indicateur porté dans le rectum. Les incisions directes doivent être pratiquées à petits coups et avec la plus grande circonspection. Des incisions latérales sont faites avec un bistouri boutonné. Après chaque incision les tissus sont refoulés et déchirés avec le doigt ou le manche du bistouri ou une sonde cannelée.

Lorsque la tumeur est atteinte, on y plonge un trocart, comme

dans le cas précédent. Le procédé de Dupuytren offre l'avantage de permettre d'achever l'opération dans une seule séance, sans exposer à plus de dangers que le procédé d'Amussat.

Une fois le liquide évacué, on retire le trocart et on le remplace par une sonde de gomme élastique. Puis on lave le foyer au moyen d'injections d'eau tiède.

L'opération que nous venons de décrire présente quelquefois des difficultés et des dangers tels que les chirurgiens les plus hardis et les plus habiles se sont vus obligés de la laisser inachevée. Ces difficultés et ces dangers se montrent surtout dans les atrésies cicatricielles du vagin, lorsque la fusion entre la vulve et le rectum est tellement intime qu'il est impossible de chercher à les séparer l'un de l'autre sans risquer de les perforer.

La perforation de la vessie s'est produite trois fois; celle du rectum deux fois.

S'il survient une hémorrhagie pendant le cours de l'opération, elle est généralement sans gravité et de courte durée. Son principal inconvénient est de gêner l'opérateur.

Traitement de la rétention des règles résultant d'une atrésie du col de l'utérus. — Nous empruntons à l'ouvrage de M. Courty la description du procédé suivant, qui nous paraît le plus simple et le plus rationnel. « On applique un spéculum plein, de manière à saisir et à fixer le col de l'utérus; puis avec la pointe d'un bistouri étroit on pique la membrane obturante à l'endroit où une dépression légère indique la position probable du méat. On a lieu de croire qu'on est arrivé dans le conduit cervical, lorsqu'à une sensation de résistance vaincue vient se joindre l'apparition d'une gouttelette de liquide brunâtre, sirupeux. On élargit l'ouverture par de petites incisions faites en divers sens, et l'on donne issue au liquide accumulé. On retire alors le bistouri, le spéculum; et, une fois le liquide en partie écoulé, on porte dans la cavité utérine une sonde de gomme élastique, par l'intermédiaire de laquelle on pousse quelques seringuées d'eau tiède. On éponge, on essuie les parties et l'on place l'opérée dans un lit garni d'alèzes afin de recueillir les mucosités sanguinolentes qui s'écoulent pendant les premiers jours. » Lorsque l'obstacle membraneux de l'orifice utéro-vaginal se complique d'un rétrécissement du conduit cervical, il faut employer les procédés de débridement et de dilatation que nous avons longuement exposés

365 et suivantes.

Les accidents immédiats de l'opération sont nuls. Quant aux accidents consécutifs, ils sont dentiques avec ceux qui peuvent surgir dans les opérations d'atrésies du vagin, à savoir : la métrite, l'inflammation des trompes, l'inflammation péri-utérine, la péritonite et l'infection purulente. Ces graves complications peuvent être évitées si l'opération est pratiquée opportunément, avec soin, avec prudence et conformément aux préceptes que nous avons donnés plus haut.

Il importe encore de surveiller les suites de l'opération et d'en assurer le succès par des pansements réguliers, qui ont pour but et pour effet de maintenir le canal ou l'orifice artificiels, d'empêcher l'entrée de l'air dans le foyer, de favoriser la sortie du sang, de prévenir la suppuration de la poche et la putridité des produits qu'elle renferme.

Ces pansements consistent à placer une sonde à demeure et à pratiquer des injections tièdes, émollientes et détersives dans le vagin ou dans la cavité utérine, deux ou trois fois par jour, jusqu'au quinzième jour environ.

On entretient et l'on augmente la dilatation du vagin, à l'aide d'une vessie de caoutchouc ou d'un pessaire de Gariel, qu'on distend de plus en plus et graduellement par l'insufflation.

Pour éviter les récidives, on doit continuer l'emploi des moyens dilatateurs pendant plusieurs mois, et même y revenir plus tard s'il y a tendance au rétrécissement.

Après avoir décrit les procédés généralement usités pour le traitement de la rétention du flux menstruel, après en avoir signalé les difficultés et les dangers, notamment dans les cas d'atrésies vaginales cicatricielles, il nous reste à mentionner une méthode qui n'a pas encore été appliquée dans l'espèce et qui pourrait rendre les plus utiles services, soit lorsque la gravité des accidents commande une intervention prompte et décisive, soit lorsque toute autre opération est jugée dangereuse ou impossible : nous voulons parler de la méthode d'aspiration de M. Dieulafoy. Au moyen de l'appareil aspirateur et des très-fines aiguilles dont il se sert, on peut sans aucun danger pénétrer dans le foyer de la rétention menstruelle, soit par le vagin, soit par la paroi hypogastrique, et donner issue à toute la partie liquide de la collection sanguine. Les succès obtenus par M. Dieulafoy et par d'autres praticiens dans le traitement des tumeurs hydatiques et des abcès du foie, des phlegmons périnéphré-

Nous devons ajouter que ces hémorrhagies peuvent se faire aussi par des veines variqueuses, par des plaies, des ulcères, et qu'enfin on les a vues se produire dans le tissu cellulaire et même parfois dans les membranes séreuses et le parenchyme des viscères.

Dans un cas cité par la *Gazette médicale de Paris* (1862), l'hémorrhagie s'est effectuée dans la chambre antérieure de l'œil. M. Jacquemier a cité l'observation d'une femme chez laquelle, au moment de l'apparition des règles, on voyait se former des tumeurs sanguines fluctuantes aux cuisses et au ventre. M. Courty rapporte un fait d'hémorrhagie supplémentaire s'opérant par les parois de l'estomac, avec cette curieuse particularité que le sang séjournait souvent plusieurs mois dans la cavité gastrique, et qu'il était rendu sous la forme de caillots plus ou moins anciens provenant de l'accumulation successive d'hémorrhagies antérieures et survenues à diverses époques.

Ordinairement, l'hémorrhagie supplémentaire se produit dans un seul point du corps; mais, comme Pinel et M. Gendrin en ont observé chacun un exemple, elle peut avoir lieu dans plusieurs points simultanément ou alternativement.

Causes et pathogénie. — L'étiologie de la déviation des règles est encore très-obscure.

Les femmes douées d'une grande susceptibilité nerveuse paraissent plus disposées que les autres à contracter cette affection. Chez les jeunes femmes, on l'observe plus souvent que chez les femmes d'un âge plus avancé.

Toutes les causes capables de produire la suppression brusque des règles peuvent amener la déviation du flux menstruel. Mais nous ne saurions dire pourquoi les mêmes causes ne sont pas toujours suivies des mêmes effets.

L'aménorrhée est quelquefois aussi une cause de déviation des règles. On conçoit que, l'hémorrhagie utérine n'ayant pas lieu ou étant accidentellement supprimée, le molimen hémorrhagique se porte et agisse sur un autre point de l'organisme, et que, sous l'influence de ce molimen, une hémorrhagie se produise tantôt dans une région, tantôt dans une autre.

Certaines conditions organiques locales peuvent agir comme causes adjuvantes et contribuer à fixer le siége de l'hémorrhagie supplémentaire. Ainsi on a remarqué que ces hémorrhagies s'opèrent de pré-

une prédisposition résultant d'une anomalie de la structure de ces organes, anomalie qui consiste principalement en une ténuité insolite et une grande fragilité des vaisseaux. Sous l'influence de l'excitation vasculaire générale qui se manifeste, à l'époque des règles, chez le plus grand nombre des femmes, le sang, dont la tension est plus énergique et la circulation accélérée, se fraye une voie, à l'extérieur, sur les parties où la faiblesse anormale des vaisseaux lui offre le moins de résistance. L'hémorrhagie qui en résulte agit sur les organes génitaux à la manière d'une saignée révulsive. Si elle est assez abondante pour faire cesser complétement la congestion utérine, il n'y aura pas d'écoulement sanguin par la matrice; si, au contraire, elle est peu copieuse, l'hémorrhagie supplémentaire pourra s'accompagner d'un faible suintement sanguin par les parties sexuelles. »

M. Courty fait remarquer, avec raison, que le lieu de la déviation des règles n'est pas déterminé seulement par la structure de l'organe, et qu'une autre cause plus importante motive cette détermination, c'est la tendance que l'organe peut avoir à être l'aboutissant de la fluxion déviée et le siége d'une congestion et même d'une hémorrhagie. La déviation des règles tiendrait donc, suivant le professeur de Montpellier, au transport de la fluxion sanguine détournée de l'utérus par une cause quelconque sur un autre organe, anatomiquement, physiologiquement ou pathologiquement disposé à devenir l'aboutissant, le *pars recipiens* de cette fluxion. Le retour et la périodicité du phénomène tiennent aux mêmes causes d'habitude vitale qui entretiennent la périodicité de la fluxion utérine avec son type normal.

Raciborski attribue la déviation des règles à une perturbation nerveuse spéciale ou à une névrose. « Quant au lieu où se fait l'hémorrhagie, il semble subordonné, dit-il, au hasard ou à quelques sympathies cachées, méconnues, dont le secret se perd dans les conditions de l'innervation créées accidentellement. »

Ce dernier système nous paraît une hypothèse obscure et sans fondement. Les théories de M. Scanzoni et de M. Courty, quoique beaucoup plus simples et plus conformes à l'observation clinique nous semblent encore insuffisantes pour donner l'explication de tous les phénomènes de la déviation des règles.

Symptomatologie. — Les hémorrhagies supplémentaires survien-

Le plus souvent la déviation des menstrues se reproduit après l'accouchement. Plus rarement on a vu, dans ce cas, cesser les hémorrhagies supplémentaires et les règles reprendre leur cours naturel.

Les hémorrhagies supplémentaires cessent d'elles-mêmes, comme les menstrues, à l'époque de la ménopause.

La suractivité fonctionnelle qui se manifeste, dans certaines glandes, à l'époque des règles, chez quelques femmes affectées d'aménorrhée, a conduit à admettre que la menstruation pouvait être remplacée par l'hypersécrétion de la salive, de la sueur, de l'urine, du mucus intestinal, etc. Nous ne nions pas qu'il puisse en être ainsi quelquefois. Mais des observations plus nombreuses et plus précises nous paraissent nécessaires pour mettre ce fait hors de toute contestation.

Diagnostic. — Les hémorrhagies symptomatiques d'une déviation des règles ne doivent pas être confondues avec les hémorrhagies étrangères au travail de la menstruation. Ce qui caractérise essentiellement les hémorrhagies supplémentaires, c'est leur liaison étroite avec l'ovulation, leur retour périodique aux époques où les règles doivent paraître, et enfin leur durée qui est la même que celle des menstrues.

Marche, durée, terminaisons. — La déviation menstruelle peut cesser d'elle-même, soit après plusieurs mois, soit après plusieurs années; elle peut aussi persister pendant toute la vie génitale et ne disparaître qu'à la ménopause, comme les règles.

Ordinairement, lorsque la déviation des menstrues n'a qu'une courte durée, elle procède de causes accidentelles et passagères. Mais lorsqu'elle se prolonge jusqu'à l'âge critique, elle dépend de causes plus profondes et se rattache à des conditions plus générales de l'organisme, à une sorte d'état constitutionnel. On peut alors considérer la déviation des règles comme une habitude physiologique.

Pronostic. — Le pronostic de la déviation des règles est généralement sérieux. En effet, le changement de direction que prend le flux menstruel offre toujours par lui-même des inconvénients ou des dangers.

La gravité du pronostic varie suivant l'importance de l'organe qui est le siége de l'hémorrhagie, suivant l'abondance de la déperdition sanguine, et aussi suivant l'état sain ou malade des tissus ou des viscères dans lesquels l'hémorrhagie s'effectue.

Les hémorrhagies supplémentaires qui se produisent par les bronches, les reins ou l'estomac sont plus graves que celles qui ont lieu par la muqueuse nasale, la conjonctive ou la peau.

Si ces hémorrhagies sont peu abondantes, elles n'apportent aucun trouble notable dans l'ensemble des fonctions et n'offrent aucune gravité. Mais lorsqu'elles sont abondantes, elles amènent l'appauvrissement du sang et toutes les conséquences de l'anémie; elles peuvent occasionner l'épuisement de l'organisme, l'état cachectique et même la mort.

On comprend que les hémorrhagies supplémentaires offrent une gravité plus grande quand elles s'effectuent dans des tissus malades que dans des tissus sains. Ainsi les hémoptysies supplémentaires sont plus redoutables chez les sujets atteints ou menacés de tubercules pulmonaires que chez ceux dont les poumons ne sont pas altérés. Ce que nous disons des poumons s'applique aux autres viscères.

Les hémorrhagies supplémentaires peuvent-elles, à la longue, déterminer des désordres ou des lésions dans les organes qui en sont le siége? On cite des exemples où la déviation des règles peut persister pendant longtemps sans amener dans ces organes aucune atteinte profonde. Il n'en est pas toujours ainsi, et dans un certain nombre de cas les hémorrhagies supplémentaires ont été le point de départ de lésions très-graves et même mortelles.

THÉRAPEUTIQUE. — Deux indications principales dominent le traitement de la déviation menstruelle : l'une consiste à rappeler le molimen hémorrhagique vers l'utérus, dans le but de rétablir le flux menstruel; l'autre consiste à traiter l'hémorrhagie elle-même, si par son siége ou par son abondance elle compromet la santé ou menace la vie.

On remplit la première indication à l'aide des moyens propres à combattre l'aménorrhée et que nous avons fait connaître longuement en parlant du traitement de cette affection (page 939). On doit insister particulièrement sur l'emploi des toniques, des ferrugineux, et recourir aux topiques irritants et aux révulsifs appliqués sur les

membres inférieurs. Ces divers moyens doivent être employés quelques jours avant l'époque des règles.

Pour satisfaire à la seconde indication, on a recours aux hémostatiques directs et aux médications générales usitées dans le traitement des hémorrhagies. Cependant ces moyens doivent être employés avec une grande prudence; car, dans la plupart des cas, il y aurait un grave danger à supprimer complétement l'hémorrhagie supplémentaire. On a rapporté des observations de malades chez lesquelles cette suppression, opérée brusquement et d'une manière inopportune, a entraîné des accidents rapidement mortels. Ce précepte est particulièrement applicable aux hémorrhagies supplémentaires qui ont pour siége des ulcères de la peau ou des tumeurs développées à l'extérieur. Dans cette circonstance, on doit se borner à modérer l'hémorrhagie, sans chercher à en supprimer la cause locale.

CHAPITRE VI

DE LA MÉTRORRHAGIE ET DE LA MÉNORRHAGIE

Définition. — La *métrorrhagie*, que l'on désigne encore sous le nom de *pertes* ou d'*hémorrhagies utérines*, consiste dans l'écoulement anormal et surabondant du sang par les vaisseaux de l'utérus.

Cette hémorrhagie se produit tantôt dans l'intervalle des règles, tantôt pendant les époques menstruelles. Dans le premier cas, on lui donne plus particulièrement la dénomination de *métrorrhagie;* dans le second cas, on la décrit plus spécialement sous le nom de *ménorrhagie*. La ménorrhagie n'est qu'une exagération du flux physiologique; elle se distingue surtout de la métrorrhagie par l'époque où elle se manifeste.

La métrorrhagie est la plus fréquente des hémorrhagies chez la femme. Elle accompagne presque toutes les maladies de l'utérus et de ses annexes, et elle se lie souvent à un état particulier de la constitution, à la pléthore ou à la chloro-anémie. C'est pour ce motif que nous avons cru ne devoir faire l'histoire de la métrorrhagie qu'après avoir étudié les affections utérines ou péri utérines dont elle

avant l'âge de quatorze à seize ans. Elle peut se montrer sur des sujets plus jeunes, sur des enfants, qui offrent, par exception, une puberté précoce et un établissement prématuré de la menstruation, ainsi que nous en avons rapporté des exemples dans nos considérations physiologiques. Des jeunes filles réglées à l'âge de deux, trois, quatre, six, huit, dix ou douze ans, deviennent dès lors tributaires des affections de l'appareil génital et sont sujettes, comme les femmes pubères et menstruées, aux hémorrhagies utérines.

La métrorrhagie peut s'observer encore avant l'époque de la puberté. Ainsi, Delamotte a constaté plusieurs fois l'existence de la métrorrhagie chez des jeunes filles non réglées, et même chez une enfant de sept ans ; mais, dans ce cas, l'hémorrhagie utérine se lie généralement soit à quelque influence héréditaire (diathèse hémorrhagique), soit à quelque disposition générale de l'organisme (chloro-anémie ou pléthore), soit à quelque maladie grave et septicémique (fièvre typhoïde, variole, etc.). Nous nous bornerons à signaler ici ces causes, sur lesquelles nous aurons à insister plus longuement.

A mesure que les femmes avancent en âge et que les fonctions utérines deviennent plus actives, la métrorrhagie augmente de fréquence. Cependant, c'est au moment de la ménopause que cet accident acquiert le plus d'intensité. Il s'opère alors dans l'organisme et particulièrement dans l'appareil génital, une sorte de révolution physiologique qui semble favoriser la disposition aux hémorrhagies utérines ; la menstruation est sur le point de se supprimer sans retour ; et, comme si une déplétion sanguine extraordinaire, une sorte de saignée locale abondante, était nécessaire à la suspension définitive du flux périodique, l'époque critique s'accompagne souvent de métrorrhagies fréquentes et copieuses. Nous devons faire remarquer, en outre, que cette même époque est particulièrement favorable au développement des lésions organiques, qui concourent aussi à rendre les métrorrhagies plus fréquentes.

Après la ménopause, les femmes ne sont point à l'abri de la métrorrhagie ; mais alors, l'hémorrhagie utérine est ordinairement symptomatique ; elle s'associe presque toujours à une altération organique de l'utérus, et surtout à une affection cancéreuse.

L'hérédité paraît manifeste dans un fait cité par M. Gendrin. Il s'agit d'une famille où, pendant trois générations successives, les filles ont été atteintes, dès l'âge de six à huit ans, d'hémorrhagies utérines ; une seule de ces filles en fut exempte ; mais elle avait des

épistaxis fréquentes, qui disparurent
strues. Cette observation, qui renfer
frappant de métrorrhagie précoce,
extraordinaires de disposition hérédi
auteurs ont décrits sous le titre *dia*
philie.

Nous signalerons seulement, sans
tempérament et de la constitution.
ralement, mais on ne possède sur ce
incertaines et applicables à toutes
cependant mentionner d'une manièr
fait pour les autres maladies de l'uté
tions génésiques qui acquièrent, che
degré de puissance et d'énergie. Né
nance organique et fonctionnelle le
Elle se lie, suivant ce médecin dist
congestive des organes de la générati
sition très-manifeste à la métrorrhag

On en peut dire autant de la plé
coup de femmes soient pléthoriques

La disposition contraire, c'est-à-d
la chloro-anémie, ont été considér
d'hémorrhagie utérine. La plupart de
trorrhagies par l'extrême fluidité du s
la trame des vaisseaux; ils les ont ra
les hémorrhagies passives.

Nous croyons que cette interprétati
nombre de cas, mais qu'elle ne sau
ordre de faits dans lesquels la chlor
la cause de la métrorrhagie. Nous vou
à ceux que nous avons eu l'occasio
dans lesquels la métrorrhagie, quoiq
anémie, est en réalité sous la dépe
de l'utérus ou de ses annexes.

Afin de développer cette opinion et
il importe d'étudier l'influence étiol
hémorrhagies utérines.

Déjà Lisfranc avait appelé l'attentio
de clinique chirurgicale; mais il n'avait

taines lésions de l'utérus sur la métrorrhagie, sans parler du rôle que jouent, dans la production de cette hémorrhagie, les phlegmasies utérines et péri-utérines.

Les recherches que nous avons faites sur la métrite interne et sur les phlegmasies péri-utérines nous ont permis de mieux saisir l'étroite relation qui existe entre ces affections et la métrorrhagie. Notre opinion sur ce point a été exposée dans nos leçons cliniques, et reproduite par quelques-uns de nos élèves dans leurs dissertations inaugurales, notamment par M. le docteur Trotignon en 1857, et par M. le docteur Letellier, en 1858.

Nous empruntons à la thèse de M. Letellier : *De la métrorrhagie symptomatique*, les passages suivants, qui renferment la fidèle expression des idées et des préceptes que nous cherchons à faire prévaloir depuis longtemps :

« Lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une métrorrhagie, il doit avant tout se poser la question de savoir quelle est sa nature... Des investigations directes lui permettront le plus souvent de rattacher l'accident à une lésion bien déterminée,.. » Ainsi, « on reconnaîtra tantôt l'existence d'ulcérations fongueuses du col, tantôt une métrite aiguë ou une métrite chronique, tantôt une phlegmasie péri-utérine, une ovarite, une hématocèle rétro-utérine ».

M. Letellier ne se contente pas d'une simple affirmation ; il y ajoute le témoignage des faits. « Pendant six années d'études dans les hôpitaux, dit-il, j'ai recueilli un nombre assez considérable d'observations de métrorrhagies. En mettant de côté les métrorrhagies puerpérales, celles qui accompagnent les cancers, les polypes, les tumeurs fibreuses de l'utérus, et quelques autres de cause indéterminée, il m'en est resté un total de 82, réparties ainsi qu'il suit :

Ulcérations fongueuses du col	6
Métrite aiguë	1
Métrite chronique	31
Ovarite	4
Phlegmon péri-utérin	29
Hématocèle péri-utérine	4
Syphilis	2
Cas complexes et douteux	5

« Bon nombre de ces faits ont été recueillis pendant mon internat dans le service de M. Nonat. Les diagnostics sont ceux de ce savant médecin, etc... »

de la métrorrhagie ; nous aurons occasion d'y revenir bientôt, en exposant la symptomatologie et le diagnostic de cette affection.

Si cette influence a été longtemps méconnue, il n'en est pas de même de celle des autres lésions de la matrice, telles que les corps fibreux, les polypes, les môles, les hydatides, les tumeurs cancéreuses, etc. Ces affections sont autant de sources d'hémorrhagie utérine ; elles agissent, comme nous venons de le dire, à la manière de corps étrangers irritant les tissus voisins et entretenant un foyer permanent de congestion que la moindre cause peut exagérer et transformer en hémorrhagie.

Il en est de même des détritus de placenta abandonnés dans la cavité utérine, qui, longtemps encore après l'accouchement, provoquent des métrorrhagies abondantes et rebelles.

L'accouchement peut être aussi une cause éloignée de métrorrhagie, soit par le séjour d'un débris du placenta dans la matrice, soit par l'état congestif de cet organe qui survit quelquefois à la parturition.

Les avortements, les grossesses multiples, prédisposent au plus haut degré aux hypérémies, et, par suite, aux hémorrhagies utérines.

Les ulcérations simples ou syphilitiques du col utérin sont encore assez souvent une source de métrorrhagie.

Nous devons enfin mentionner, parmi les agents les plus actifs de la métrorrhagie, les granulations ou fongosités intra-utérines.

L'influence des saisons et des climats sur l'hémorrhagie utérine n'est pas suffisamment démontrée. Cependant Blumenbach a rapporté des faits de métrorrhagie, déterminés par l'action du climat, sur des Européennes transportées en Guinée ; Saucerotte a vu survenir, dans les localités les plus élevées de la chaîne des Vosges, des pertes utérines qui ne cessèrent que lorsque les malades furent descendues dans la plaine. Ne peut-on pas admettre l'influence de la saison et de la température dans ce fait observé dans notre service, à la Pitié, au mois d'août 1853, et que M. Trotignon signale dans sa thèse inaugurale? Il s'agit d'une femme, âgée de vingt-quatre ans, qui présentait une menstruation très-singulière. Réglée à vingt ans seulement, mais avec facilité, elle avait des menstrues assez abondantes, fort régulières, qui duraient sept à huit jours, du mois de mai au mois d'octobre inclusivement, et disparaissaient complétement en hiver. Cette malade était atteinte d'une métrite interne,

qui n'expliquait en rien les variations de la menstruation.

Une chaleur artificielle trop élevée, l'usage immodéré des bains chauds, des chaufferettes, des pédiluves irritants, peuvent produire la métrorrhagie en congestionnant les vaisseaux pelviens.

Les obstacles au cours du sang dépendant d'une lésion des appareils circulatoire et respiratoire peuvent aussi prédisposer à l'hémorrhagie de l'utérus.

Les causes qui produisent les phlegmasies de l'utérus et de ses annexes sont également capables de déterminer la métrorrhagie. Telles sont : les excès vénériens, les excitations directes des organes génitaux, la présence d'un pessaire dans le vagin, l'application et le séjour du redresseur intra-utérin, toutes les opérations pratiquées sur l'utérus, le cathétérisme, les diverses espèces de cautérisations, les manœuvres employées dans le but de provoquer l'avortement, les applications de sangsues sur le museau de tanche, etc.

La métrorrhagie reconnaît aussi pour causes : l'usage habituel de vêtements trop serrés, des coups portés sur l'abdomen, une chute sur les pieds, sur les genoux ou sur le bassin, l'action de sauter, la danse, les fortes secousses occasionnées par une longue course, soit à pied, soit à cheval ou dans une voiture mal suspendue.

Nous citerons encore les emménagogues et les excitants spéciaux de l'appareil génital, la rue, la sabine, l'absinthe, l'armoise, les cantharides, etc., l'abus des purgatifs drastiques, et surtout de l'aloès et de la coloquinte.

Enfin les émotions morales vives, la joie, la surprise, la colère, etc., ont été suivies quelquefois de métrorrhagie.

Symptomatologie. — Avant d'exposer les symptômes, il convient de rappeler la distinction des métrorrhagies en active et passive ; car l'hémorrhagie s'annonce par des phénomènes bien différents dans ces deux variétés.

1° **Métrorrhagie active.** — Cette forme s'accompagne de tous les signes qui caractérisent la congestion ou la pléthore utérine, sur les caractères desquels nous croyons utile de revenir sommairement.

La fluxion de l'utérus se manifeste par un sentiment particulier de tension, de pesanteur, de plénitude dans le bassin, par de la douleur dans les lombes, des tiraillements dans les aines, quelquefois par du prurit vulvaire et une tuméfaction douloureuse des seins.

Dans d'autres circonstances, et particulièrement lorsque l'hypérémie est intense ou lorsqu'elle s'opère chez des malades douées d'une grande susceptibilité nerveuse, ou atteintes déjà antérieurement de quelque lésion de la matrice ou de ses annexes, on voit survenir de véritables coliques utérines, accompagnées d'irradiations névralgiques dans les reins et dans les membres inférieurs.

La région hypogastrique devient dure, tendue, gonflée, sensible au toucher. On peut sentir quelquefois par la pression l'augmentation de volume du corps de l'utérus.

La vulve et la muqueuse vaginale sont le siége d'une tuméfaction légère, d'une chaleur et d'une sensibilité anormales. Le col utérin est chaud, tuméfié et sensible au toucher; les artères utérines battent avec force, et leurs pulsations sont également perçues par les malades et par le doigt de l'observateur.

Ces symptômes locaux sont, le plus ordinairement, accompagnés de quelques phénomènes de réaction, tels qu'on les observe dans toutes les hémorrhagies dites actives : sentiment général de malaise et de courbature; faiblesse excessive, particulièrement dans les jambes; sensations alternatives de froid et de chaleur; pesanteur frontale, éblouissements, tintements ou bourdonnements d'oreilles, modifications soudaines dans la face, qui est successivement pâle, rouge, animée; pouls plus fort, plus tendu, plus ferme et plus fréquent que de coutume.

Ces prodromes ont une durée variable : tantôt ils se dissipent au bout d'une ou de plusieurs heures; tantôt ils persistent pendant un jour ou deux.

Dans certains cas, la métrorrhagie fait cesser les accidents congestifs. Il s'opère alors une sorte de détente: les douleurs pelviennes se dissipent; la tuméfaction de l'hypogastre diminue; le pouls devient moins fréquent et moins élevé; la température du corps reprend son type normal; les malades éprouvent quelquefois un sentiment de faiblesse et de lassitude générales. Dans d'autres cas, les phénomènes de congestion utérine ne se dissipent pas entièrement au moment où l'hémorrhagie apparaît; ils diminuent seulement d'intensité. Quelquefois même les douleurs deviennent plus vives et prennent un autre caractère. Les malades éprouvent de véritables tranchées utérines, des douleurs expulsives très-intenses, provoquées par la présence de caillots enfermés dans la matrice. Ces symptômes cessent dès que les concrétions sanguines ont été expulsées; mais ils se re-

produisent à des intervalles plus ou m
cours de la métrorrhagie. L'excès des d
quente peuvent amener des lypothymie
sultant de l'épuisement de la sensibilit
ces accidents sont en rapport avec le d
l'utérus et subordonnées au spasme de

Tantôt le sang s'écoule immédiatem
quide, pur et d'une couleur rutilante fo
séjourne, soit dans l'utérus, soit dans l
sépare en deux parties : l'une constitué
teinte rosée ; l'autre, par des caillots d
l'aspect sont très-variables. Les caillot
colorés et noirâtres ; les caillots plus a
pouillés de globules et composés presq
Le plus souvent ils sont arrondis, cylin
tres ont la forme de la cavité utérin
moulés.

La quantité de sang perdu est très-va
est faible, se fait en nappe et d'une m
est plus abondante ; dans certains cas,
dire, à flots et d'une manière intermitt

2° **Métrorrhagie passive.** — Cette fo
nonce jamais par des symptômes préc
compagnée des phénomènes locaux
hémorrhagique. La perte survient d'
continue ; le sang s'écoule en nappe ;
pourvu de plasticité, presque toujou
exception, des caillots diffluents et d'u

On ne constate point dans les organe
sibilité, la tuméfaction, les battements
de pléthore locale que nous avons me
active. Le pouls est petit, dépressible
les muqueuses sont décolorées, les extr
lades éprouvent de fréquentes syncope

Dans la description que nous venons
tant active que passive, nous avons su
et vaginal étaient libres. Mais dans qu
rité, les voies par lesquelles le sang d
oblitérées ; l'hémorrhagie alors se fait

sure qu'il est exhalé, s'accumule derrière l'obstacle et y forme une tumeur plus ou moins volumineuse. La métrorrhagie est dite alors *interne* ou *latente*.

Si l'obstruction siége dans le conduit utérin, le sang s'amasse dans la matrice ; et cet organe, distendu progressivement, acquiert un volume qui dépasse rarement celui qu'on observe au troisième mois de la grossesse. Les parois de l'utérus s'amincissent à un tel point qu'il est aisé de sentir la fluctuation, soit par le toucher rectal, soit par l'emploi simultané du palper hypogastrique et du toucher vaginal. Dans les cas de ce genre, l'hémorrhagie ne devient jamais abondante, en raison du peu de développement que prend l'utérus ; la perte s'arrête dès que l'organe cesse de se dilater.

Le sang accumulé dans l'utérus et ne trouvant pas une issue dans le vagin peut-il refluer par les trompes utérines jusque dans la cavité du péritoine? Cette question que nous avons déjà examinée à l'occasion de l'hématocèle péri-utérine et de la rétention des règles, a été résolue affirmativement par Jos. Frank et Chaussier, et, de nos jours, par M. Bernutz. Nous avons déjà réfuté cette opinion, qui nous paraît inadmissible en raison de la disposition valvulaire et de l'étroitesse de l'orifice des trompes utérines ; nous croyons que les liquides amassés dans l'utérus ne peuvent pas plus remonter dans les trompes que l'urine accumulée dans la vessie ne peut refluer dans les uretères. D'ailleurs, des expériences directes ont démontré que les liquides injectés dans l'utérus et pressés avec force ne pénètrent pas dans les trompes utérines.

Il est rare que la métrorrhagie latente, ainsi limitée dans la cavité utérine, donne lieu aux accidents des hémorrhagies internes graves.

Lorsque l'obstruction siége au niveau de la vulve, comme dans l'atrésie de cet orifice, le sang s'accumule en même temps dans l'utérus et dans le vagin ; de sorte qu'il existe à la fois une tumeur utérine et une tumeur vaginale. Cette dernière tumeur repousse en avant la vessie et en arrière la cloison recto-vaginale; elle forme dans le rectum une forte saillie, et elle présente une fluctuation perceptible par le toucher rectal. La membrane qui oblitère la vulve est refoulée par le liquide, et forme entre les grandes lèvres un relief convexe où l'on peut constater aussi la fluctuation.

Nous avons indiqué plus haut les signes fournis par le toucher vaginal pendant la période prodromique de la métrorrhagie. Si l'on pratique ce mode d'exploration pendant le cours même de l'hémor-

rhagie, on trouve le vagin tantôt libre, tantôt obstrué par des caillots sanguins. Lorsque la perte est diminuée ou arrêtée, il faut bien se garder d'enlever ces caillots, qui oblitèrent les orifices des vaisseaux et font l'office de véritables tampons hémostatiques ; mais si le doigt peut atteindre l'utérus sans obstacle, il faut s'assurer de l'état du col, et du degré de dilatation de son orifice utéro-vaginal, qui est parfois assez largement ouvert ou qui peut être, au contraire, plus ou moins rétréci.

Le corps de la matrice doit être soigneusement exploré, non-seulement au moyen du toucher vaginal, mais aussi à l'aide du palper abdominal et du toucher rectal. Par un examen minutieux on s'assure si la consistance du tissu utérin est altérée, si le volume de l'organe est diminué ou augmenté, si sa cavité est vide ou si elle est distendue par des caillots et du sang liquide.

Ces divers procédés d'exploration sont encore nécessaires pour reconnaître les lésions de l'utérus ou de ses annexes, qui ont provoqué la métrorrhagie ou qui l'entretiennent. Nous avons longuement parlé de ces lésions en traitant de l'étiologie, il en sera encore question à propos du diagnostic et de la thérapeutique.

L'examen au spéculum n'est pas toujours indispensable, et quelquefois il est nuisible, chez les femmes atteintes de métrorrhagie. On ne doit jamais y recourir qu'après s'être assuré préalablement, par le toucher, que le vagin est libre, et que l'instrument peut être introduit sans inconvénients et sans danger.

Cet examen permet d'observer directement l'état du col utérin et de déterminer avec plus de précision soit la cause, soit le siége de l'hémorrhagie. Le sang peut provenir ou de la cavité utérine, ou du museau de tanche. On découvre son origine en essuyant la surface du col utérin avec un bourdonnet de charpie ou de coton. Si l'hémorrhagie provient de l'intérieur de l'organe, on voit le sang s'écouler de l'orifice utéro-vaginal ; si elle est fournie par le museau de tanche, à mesure qu'on en absterge la surface, on voit le liquide sourdre par gouttelettes, soit de quelque granulation, soit d'un ou de plusieurs points ulcérés. Quelquefois la métrorrhagie provient à la fois de la cavité utérine et de la surface du col ; alors on constate que le sang s'écoule simultanément et de l'intérieur et de l'extérieur de l'utérus.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Les deux formes de métrorrhagie

que nous venons de décrire et qui diffèrent déjà par leurs phénomènes initiaux, comme nous l'avons dit, offrent encore quelques différences caractéristiques dans la marche des symptômes. La métrorrhagie active donne ordinairement lieu à un écoulement abondant et d'assez courte durée ; tandis que la perte est lente, uniforme et prolongée de la métrorrhagie passive.

Lorsque l'hémorrhagie est modérée ou dure peu de temps, les accidents qu'elle provoque se dissipent avec elle, et la malade rentre graduellement et assez vite dans les conditions habituelles de la santé. Mais, si la perte est très-abondante ou si elle se prolonge, on voit bientôt survenir le cortége des accidents *consécutifs* aux hémorrhagies, à savoir la décoloration des téguments, la teinte mate de la peau, la flaccidité des chairs, le refroidissement des extrémités et même l'abaissement de la température du corps, l'amaigrissement général, la perte de l'appétit, les troubles dyspeptiques, les palpitations de cœur, la cardialgie, le souffle carotidien ; et, dans des cas plus graves, la petitesse et la dépression du pouls, les tremblements et les soubresauts musculaires, les phénomènes convulsifs, les vertiges, les éblouissements, l'affaiblissement de la vue, les tendances continuelles à la syncope, les hydropisies ; en un mot, tous les accidents qui accompagnent une profonde perturbation des phénomènes de nutrition et d'hématose, le défaut d'équilibre du système nerveux et du système sanguin.

Ces symptômes d'épuisement anémique surviennent assez rapidement chez les sujets d'une constitution délicate, dont la santé est déjà affaiblie ou ébranlée par une maladie antérieure ou concomitante. Chez ces malades, la métrorrhagie revêt un caractère franchement passif.

Les désordres causés par les accidents consécutifs aux pertes utérines s'arrêtent plus facilement et se réparent plus promptement chez les femmes douées d'une bonne constitution et atteintes d'une métrorrhagie active.

Néanmoins, dans l'un comme dans l'autre cas, à la suite de grandes déperditions de sang qu'il n'est pas toujours possible d'arrêter, les malades tombent dans un tel état de débilité, d'anémie, d'épuisement et de cachexie qu'elles finissent par succomber.

Il est rare que l'hémorrhagie utérine se montre d'une manière unique et isolée. En général, une première métrorrhagie est suivie de plusieurs récidives. Ces retours tiennent à la nature même des

comme on le comprend aisément, elle contribue souvent à hâter la mort par l'épuisement de l'organisme.

En résumé, quelles que soient les causes de la métrorrhagie et quelle qu'en soit la forme, elle a une marche et une durée très-variables. Certaines pertes utérines se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés et avec une opiniâtreté parfois désespérante, revenant tantôt une ou plusieurs fois par mois, tantôt à plusieurs mois de distance; ces métrorrhagies, dont la marche est irrégulièrement intermittente, sont les plus communes. D'autres continuent sans interruption pendant un ou plusieurs mois, avec des rémissions dans l'intervalle des règles et avec des exacerbations à chaque époque menstruelle.

La métrorrhagie par elle-même est rarement suivie d'une terminaison funeste. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, elle peut amener la mort, lorsque, par son abondance ou par sa durée, elle produit dans l'économie des désordres irréparables, un extrême appauvrissement du sang, une anémie portée au plus haut degré.

Ce mode de terminaison est rare en dehors de l'état puerpéral ou de la gestation. Le plus souvent les malades offrent aux hémorrhagies utérines une force de résistance incroyable; nous ne possédons pas un seul exemple d'une malade qui ait succombé à la métrorrhagie, *sans lésion organique;* tandis que nous en avons vu un grand nombre survivre à des hémorrhagies qui persistèrent pendant trois, quatre et cinq années avec une grande abondance.

La métrorrhagie idiopathique disparaît souvent d'une manière spontanée. Le mode de terminaison de la métrorrhagie symptomatique est subordonné aux lésions dont elle dépend; elle exerce toujours une influence aggravante sur l'état général et hâte l'issue funeste de la maladie antérieure.

Diagnostic. — La question du diagnostic est fort complexe; elle comprend des éléments divers qu'il importe de bien étudier et de dégager avec précision pour instituer une thérapeutique rationnelle. En effet, il ne suffit pas de constater l'existence de la métrorrhagie, il faut encore en découvrir la cause, en reconnaître l'origine et le point de départ. Le diagnostic ainsi compris est la base, le point essentiel et fondamental du problème clinique à résoudre.

Et d'abord quelles sont les hémorrhagies que l'on peut confondre avec une perte utérine? Elles sont au nombre de trois : l'hé-

moins chargé de fibrine, moins coagulable que le sang normal ; aussi il est rare que le flux menstruel renferme des caillots, lorsqu'il s'accomplit dans des conditions physiologiques ; tandis que la formation et la présence de caillots sont constantes et caractéristiques dans le sang provenant des pertes utérines.

Nous avons dit plus haut que, dans certains cas rares, la métrorrhagie reste latente ; que le sang, arrêté par un obstacle, soit dans l'utérus, soit dans le vagin, ne se fait pas jour au dehors. Les développements que nous avons donnés à ce sujet nous dispensent d'entrer ici dans de nouveaux détails. Les douleurs particulières causées par la distension de l'organe, la pesanteur anale, les tiraillements dans les aines et dans les lombes, et surtout les douleurs expulsives, ajouteront au diagnostic un nouveau degré de précision. Enfin on peut arriver bien près de la certitude au moyen des signes fournis par l'exploration directe, qui permettent de constater matériellement la distension de l'utérus ou du vagin par un liquide épanché. On trouvera de plus amples renseignements sur ce point dans le chapitre consacré à la *rétention du sang menstruel*.

La métrorrhagie une fois bien constatée, il est nécessaire d'en rechercher la cause ; c'est là, nous l'avons déjà dit, une condition essentielle pour établir un pronostic exact et instituer un traitement rationnel.

Il faut, en premier lieu, déterminer si la métrorrhagie est idiopathique ou symptomatique.

Les métrorrhagies symptomatiques se lient toujours, ainsi que nous l'avons établi plus haut, soit à une lésion de l'utérus ou de ses annexes, soit à la lésion d'un organe éloigné ou à un état anémique. En présence d'une métrorrhagie, il importe donc de s'assurer, avant tout, s'il existe quelque lésion locale ou éloignée à laquelle on puisse la rattacher. Nous devons rappeler ici que, parmi les affections utérines, celles qui peuvent le plus souvent donner naissance à la métrorrhagie sont, par ordre de fréquence : le cancer, les fibromes, les polypes, les granulations fongueuses, les ulcérations syphilitiques, la métrite chronique et plus particulièrement la métrite interne. Parmi les affections péri-utérines, les plus propres à produire la métrorrhagie sont l'hématocèle et l'engorgement inflammatoire péri-utérin. Le premier soin de l'observateur sera donc de procéder à une exploration directe, attentive, et quelquefois réitérée, des organes génitaux. C'est en recourant aux différents modes de toucher et à l'examen

qui différencient ces deux variétés d'hémorrhagies utérines. Dans la métrorrhagie active, on observe une réaction générale et locale plus ou moins intense, un sentiment de douleur et de tension, des battements artériels dans la région utérine ; un pouls fort, plein et fréquent. Dans la métrorrhagie passive, il n'y a point de prodromes, point de réaction fébrile, pas de douleur locale ; les forces sont déprimées, le pouls est petit, faible et dépressible.

Quant au diagnostic du siége de la métrorrhagie, nous avons dit plus haut comment on arrive aisément à le préciser à l'aide du spéculum, et nous avons indiqué les signes qui permettent de reconnaître si le sang provient ou de la muqueuse vaginale, ou du museau de tanche, ou de la surface interne de la matrice.

Lorsque la métrorrhagie provient de la cavité utérine ou du canal utérin, les procédés ordinaires d'exploration que nous venons de mentionner ne suffisent pas toujours pour découvrir la lésion qui produit l'hémorrhagie, tels sont les cas où la métrorrhagie résulte de granulations intra-utérines, de polypes retenus dans l'utérus ou de fibromes sous-muqueux. Il est nécessaire alors de recourir à des moyens de diagnostic qui permettent d'explorer la cavité utérine et de se rendre un compte exact et direct de l'état de sa surface. Ces moyens de diagnostic que nous avons déjà indiqués et décrits à l'occasion des polypes utérins et des granulations intra-utérines, sont le cathétérisme à l'aide d'une sonde ou d'un hystéromètre, et la dilatation du conduit utérin à l'aide de la tente-éponge ou des tubes de laminaria.

Au moyen du cathétérisme utérin, on peut constater aisément dans le canal ou dans la cavité de l'utérus la présence de petits polypes ou de petits fibromes, et diagnostiquer ainsi la métrorrhagie symptomatique de ces lésions.

La tente-éponge, préconisée par Sims, est un procédé de diagnostic plus complet et plus puissant encore que le cathétérisme. En dilatant le conduit utérin et la cavité utérine, il permet de voir et d'examiner la membrane muqueuse qui la tapisse, et même d'introduire le doigt indicateur jusque dans le fond de l'utérus. Il résulte de cette exploration directe et profonde que le diagnostic de la cause et du siége de la métrorrhagie provenant de la cavité utérine peut être obtenu avec une aussi grande précision que celui de la métrorrhagie due à une lésion du museau de tanche.

Quelle que soit l'utilité de ces procédés d'investigation, on ne doit

syncopes fréquentes, qu'elle épuise les forces, augmente l'appauvrissement du sang et amène le dernier degré de l'aglobulie.

Les métrorrhagies qui surviennent au début de certaines maladies impliquent une aggravation du pronostic, parce qu'elles sont l'effet d'une altération profonde du sang; telles sont, en particulier, les métrorrhagies qui se montrent pendant le cours de la variole, de la scarlatine, de la rougeole et de la fièvre typhoïde.

La métrorrhagie active présente moins de gravité que la métrorrhagie passive. La première, en effet, se lie à un état congestif dont il est facile de triompher le plus souvent; tandis que la seconde est généralement sous la dépendance d'une altération plus ou moins profonde de l'économie causée par quelque lésion locale ancienne et de mauvaise nature.

Dans le pronostic, il faut encore tenir compte du siége de la métrorrhagie. Lorsque l'hémorrhagie provient du museau de tanche, elle est plus accessible aux moyens thérapeutiques que lorsqu'elle a sa source dans la cavité utérine.

Une condition qui contribue à aggraver le pronostic de la métrorrhagie, c'est l'atrésie de l'utérus, du vagin ou de la vulve, qui empêchent le libre écoulement du sang au dehors et amènent sa rétention dans les organes génitaux.

Quels que soient les causes, l'origine et le siége de la métrorrhagie, la gravité du pronostic est proportionnelle à l'abondance de l'écoulement sanguin.

Un dernier et important élément de pronostic, sur lequel nous avons depuis longtemps appelé l'attention, se tire de l'accroissement du volume des artères utérines et de l'intensité de leurs battements. C'est un symptôme qu'on ne doit jamais négliger de constater en explorant avec le doigt indicateur le col de l'utérus et les parties qui l'entourent. Toutes les fois que, par ce moyen d'investigation, on sent les artères utérines augmentées de volume et battre avec force, on peut en conclure que la métrorrhagie sera rebelle et de longue durée, et l'on peut avec certitude en prédire le retour.

Les métrorrhagies qui surviennent à l'époque de la ménopause présentent quelquefois une gravité particulière, en raison de leur abondance, de leur opiniâtreté, de leur résistance aux moyens ordinaires de traitement, et surtout parce qu'elles sont liées le plus souvent à une lésion organique de l'utérus.

Enfin, on doit, dans le pronostic, tenir compte des conditio générales de la santé. La métrorrhagie est plus grave chez les femm d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique que ch les sujets d'une bonne constitution et d'un tempérament sangui Les métrorrhagies se montrent aussi plus rebelles chez les person qui offrent une prédisposition héréditaire aux hémorrhagies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La métrorrhagie idiopathique est rarement mortelle qu'on n'a pas souvent l'occasion d'en étudier l lésions anatomiques. Dans le peu d'autopsies que l'on a faites, on trouvé une quantité variable de sang liquide ou coagulé dans la c vité de l'utérus ou dans le vagin. Lisfranc a signalé la présence d' produit pseudo-membraneux adhérant à la face interne de la m trice, et que nous considérons avec MM. Hardy et Béhier comme simples concrétions fibrineuses.

La membrane muqueuse et le tissu propre de l'utérus peuv présenter des altérations diverses. Ils sont quelquefois pâles, exsa gues, ramollis, et comme épuisés par l'excès de l'hémorrhagie d'autres fois, ils offrent des lésions propres aux congestions et au stases sanguines; ils sont hypérémiés, turgescents et fongueux; on les incise, ils saignent facilement et l'on découvre dans leur tra des suffusions et des extravasations de sang, des plaques ecchym tiques, de legers épanchements et de petits foyers apoplectiques.

Ces mêmes altérations se rencontrent dans les métrorrhagies sym ptomatiques; mais on trouve, en outre, dans celles-ci, les lésion spéciales de l'utérus ou de ses annexes qui ont donné naissance [illegible]hagie, et dont la description a trouvé sa place dans le chapitres consacrés à la métrite, aux granulations, aux corps f broux aux polypes, au cancer utérin, à l'hématocèle et aux inflam mations péri-utérines.

[illegible] Les indications et les moyens thérapeutiqu [illegible] à la métrorrhagie varient suivant ses différentes form [illegible] et exposer successivement le traitem [illegible] métrorrhagie idiopathique et à la métrorrhag [illegible] métrorrhagie active et à la métrorrhag [illegible].

[illegible] — La métrorrhag [illegible] mêmes indications thérapeutiques q

les autres hémorrhagies simples ou essentielles. Ici, l'hémorrhagie utérine étant, pour ainsi dire, spontanée et ne provenant d'aucune lésion de l'utérus ou de ses annexes, ni d'aucune autre affection étrangère à l'appareil génital, doit être traitée par des moyens propres à détourner le molimen hémorrhagique ou à arrêter directement le flux sanguin.

Traitement de la métrorrhagie active. — Lorsque la métrorrhagie présente les caractères d'une hémorrhagie active, la principale indication consiste à combattre à la fois la fluxion utérine et la réaction générale. Les émissions sanguines remplissent cette double indication, d'une part en diminuant la masse générale du sang, d'autre part en exerçant une action dérivative sur l'organe hypérémié. Quelques auteurs ont préconisé, dans ce but, l'emploi des émissions sanguines locales, telles que les ventouses scarifiées ou les sangsues sur l'hypogastre, sur les lombes, sur les cuisses et sur les points les plus rapprochés des organes génitaux. M. Scanzoni a même proposé d'appliquer les sangsues sur le col de l'utérus dans les cas où la métrorrhagie est compliquée de métrite. Nous ne saurions approuver aucune de ces pratiques. Les émissions sanguines locales sont plutôt capables d'appeler le sang vers l'utérus et d'augmenter la métrorrhagie que de diminuer la fluxion sanguine et d'arrêter l'hémorrhagie. On sait, en effet, que les mêmes moyens sont employés pour rétablir le flux menstruel quand il est supprimé. Les mêmes critiques sont applicables à la saignée du pied.

La saignée du bras nous paraît de beaucoup préférable aux émission sanguines locales dans le traitement de la métrorrhagie active. Mais il importe, pour assurer à cette médication toute son efficacité, de ne l'appliquer qu'après en avoir posé nettement les indications.

Cette saignée doit être pratiquée conformément aux règles et aux préceptes que nous avons posés déjà à l'occasion du traitement de la métrite et des phlegmasies péri-utérines. C'est simplement une saignée *dérivative* ou *révulsive;* elle doit donc être très-modérée, de 60 grammes, en moyenne, et ne dépasser 90 grammes que dans des cas tout à fait exceptionnels. Souvent une seule saignée suffit pour arrêter la métrorrhagie; on obtient surtout cet heureux résultat lorsque l'hémorrhagie est peu abondante, quand la réaction est modérée et que la malade est douée d'une constitution ordinaire. Si la métrorrhagie persiste et si la réaction se maintient, il est nécessaire de répéter la saignée une ou deux fois par mois. Il faut toujours

proportionner le nombre des saignées à la force du sujet, au degré de la réaction générale et à l'intensité de la fluxion utérine. Ces indications doivent être basées sur l'état du pouls et sur le volume des artères utérines appréciable aux battements que l'on perçoit par le toucher autour du col de l'utérus. Ces signes donnent, pour ainsi dire, la mesure du molimen hémorrhagique et de la congestion des organes pelviens; et, suivant nous, ils constituent le meilleur guide dans l'emploi et dans le dosage des émissions sanguines.

Les saignées plus abondantes, les saignées déplétives sont très-rarement employées contre la métrorrhagie; elles doivent être réservées pour des cas tout à fait exceptionnels, lorsque la métrorrhagie active se montre sur des malades d'un tempérament sanguin, d'une inconstitution pléthorique, et qu'elle s'accompagne de symptômes intenses de réaction générale et locale.

Les révulsifs cutanés, tels que les ventouses sèches, les sinapismes, les manuluves, sont employés quelquefois comme auxiliaires des émissions sanguines dans le traitement de la métrorrhagie active.

On y a recours exclusivement dans les cas où les émissions sanguines ne peuvent pas être appliquées sans inconvénients.

Quelques auteurs conseillent de mettre les ventouses sèches autour du bassin. Pour les motifs déjà exposés plus haut, nous croyons qu'il vaut mieux les appliquer sur la région dorsale et le plus haut possible. D'autres, à l'exemple d'Hippocrate et de Galien, recommandent de les appliquer autour de la région mammaire ou même sur les seins. A propos du traitement de la métrite, nous avons déjà repoussé ce mode d'application des ventouses sèches, comme pouvant déterminer une excitation dans les glandes mammaires et augmenter la fluxion utérine, en raison des relations fonctionnelles qui existent entre ces glandes et l'utérus.

Les sinapismes et les cataplasmes sinapisés doivent être appliqués, non sur les extrémités inférieures, mais entre les épaules et sur les bras. On a recours encore, avec les mêmes avantages, aux manuluves chauds, que l'on peut rendre plus excitants par l'addition de vinaigre, de sel marin ou de farine de moutarde. On augmente les bons effets des manuluves en établissant des ligatures au-dessus du pli du coude avant l'immersion des mains dans l'eau.

On peut administrer aussi dans la métrorrhagie active des médicaments destinés plus particulièrement à exercer une action séda-

tive sur les organes circulatoires et sur le système nerveux. La digitale, soit en infusion, soit en teinture, a été recommandée par un auteur anglais. Nous avons employé une fois ce moyen, sans succès.

Les préparations opiacées, les antispasmodiques peuvent être utiles lorsque les métrorrhagies s'accompagnent d'un état d'éréthisme nerveux, d'une exaltation de la sensibilité générale ou de douleurs dans la région utérine. La douleur étant considérée, à juste titre, comme un agent d'irritation, il est rationnel de la combattre afin d'éloigner une cause capable d'entretenir l'hémorrhagie. Cependant, M. Béhier a rapporté des exemples de métrorrhagies abondantes traitées avec avantage par l'opium à haute dose, quoiqu'il y eût absence de douleur.

Dans certains cas de métrorrhagie active, M. le docteur Costaz a conseillé, comme sédatif de la circulation, l'usage d'un bain chaud à 26 ou 28 degrés, pendant une demi-heure ou une heure. Nous avons vu cette médication réussir dans une métrorrhagie qui avait résisté à tous les autres hémostatiques. Nous croyons qu'il est surtout utile d'y recourir dans les pertes sthéniques, accompagnées de douleurs, ou chez les sujets nerveux, impressionnables, comme l'était notre malade.

Lorsqu'on est parvenu, à l'aide des moyens que nous venons d'indiquer, à modérer les phénomènes de réaction, si la métrorrhagie persiste avec une certaine abondance, on peut avoir recours aux applications locales ou générales de l'eau froide. Il faut commencer par les applications locales, qui consistent à recouvrir l'hypogastre, la face interne des cuisses et le ventre, de compresses imbibées d'eau froide, ou de vessies de caoutchouc remplies de glace concassée, qui doivent être renouvelées fréquemment. On peut prescrire également les lavements froids, les injections d'eau froide dans le vagin ou même l'introduction de fragments de glace jusque sur le col de l'utérus.

L'application générale de l'eau froide s'emploie de différentes manières, soit en plongeant la malade, pendant quelques minutes, dans un bain d'immersion, soit en lui faisant donner une douche en pluie sur tout le corps ou une douche en jet entre les épaules et sur les épaules, pendant quinze, vingt ou trente secondes.

La médication réfrigérante agit alors comme un révulsif puissant. Aussi ne doit-on l'employer qu'avec la plus grande circonspection, et seulement dans les cas où l'hémorrhagie active n'est pas accompa-

gnée d'une trop grande réaction et d'une serait dangereux d'y recourir lorsque le m sente un haut degré ; car alors les applic calmer ou arrêter momentanément l'hém l'effet d'une réaction exagérée, la métr d'abondance et elle s'accompagne souve noncent l'imminence d'une recrudesce maloire.

Les astringents et les styptiques doive dans le traitement de la métrorrhagie a surcroît d'activité dans la circulation, augmentation de l'hémorrhagie.

Le repos absolu, le décubitus dorsal, le séjour dans une chambre bien aérée, constante; un régime modéré, une nou fraîches et acidulées; l'éloignement de tels sont les soins hygiéniques et les p aux malades atteintes de métrorrhagie a

Traitement de la métrorrhagie passive rhagie s'observe le plus souvent chez les tution, débilitées par d'anciennes mala l'alimentation, chez les anémiques et les céder aussi à la métrorrhagie active, lo nomie par ses fréquentes récidives ou p

Dans toutes ces circonstances, l'utéru général; ses tissus et ses vaisseaux ne pr de tonicité que dans l'état normal. Il en circulation utérine, des stases et des exs vent produire ou entretenir la métrorrh

De ces conditions générales et locale découlent deux indications correspond relever les forces et à reconstituer le s ment sur la circulation utérine.

Pour remplir la première indication, malades à un régime fortifiant, à l'usag des agents de la médication reconstitua les amers et les ferrugineux, les prépar tiane, de coca, de petite centaurée amara, etc.; les préparations martiales

chlorure de fer. Les vins généreux et les liqueurs spiritueuses, les excitants diffusibles, les substances aromatiques, telles que le café et le thé, la bière et l'extrait de malt sont employés avec avantage dans le traitement général de la métrorrhagie passive.

On a recours encore aux astringents, et plus spécialement au ratanhia, à la grande consoude, au cachou, au sang-dragon, à la limonade sulfurique, aux eaux hémostatiques de Rabel, de Tisserand, de Léchelle, de Pagliari, etc.

Les applications de l'eau froide et les procédés hydrothérapiques, que nous avons déjà conseillés à titre de révulsifs dans la métrorrhagie active, offrent des moyens puissants de reconstitution dans la métrorrhagie passive. On peut commencer par les procédés les plus simples et les plus usuels, tels que les ablutions générales et quotidiennes d'eau froide salée, ou l'enveloppement du corps dans un drap mouillé pendant un temps qui varie suivant la force de réaction du sujet. L'immersion brusque dans un bain froid, dans une piscine ou dans une rivière, produit une réaction plus vive, plus prompte et plus efficace. On obtient également de bons effets avec les douches en pluie ou en cercle sur tout le corps. Enfin, on peut tirer un utile parti de l'emploi des bains de siége à l'eau courante, qui exercent une action tonique puissante sur les organes du bassin.

Comme complément de la médication générale applicable à la métrorrhagie passive, nous devons recommander les bains de mer, les eaux minérales ferrugineuses de Spa, de Forges, d'Auteuil, de Passy, de Cransac, de Chateauroux, de Provins, de Bussang, de Saint-Nectaire, de Saint-Maurice, la source des Dames de Vichy, etc.; les eaux chlorurées sodiques de Salins, de Salies-de-Béarn, de Bourbonne-les-Bains; et les eaux sulfureuses de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, de Saint-Sauveur, d'Ax, de Cauterets, d'Enghien, etc.

Pour satisfaire à la seconde indication du traitement de la métrorrhagie passive, on a recours à l'ensemble des moyens externes et internes propres à resserrer les fibres de l'utérus et à modifier la circulation de cet organe.

Nous retrouvons ici, en premier lieu, les applications de l'eau froide et de la glace concassée, soit sur l'hypogastre, sur les régions inguinales et la partie interne des cuisses, soit en injections dans le vagin, soit en lavements.

Les injections vaginales froides sont rendues plus efficaces par

alors suivant la nature de la lésion, c'est-à-dire suivant que la métrorrhagie est symptomatique d'une inflammation utérine ou péri-utérine, d'une hématocèle, de granulations intra-utérines, d'ulcérations fongueuses, de polypes de l'utérus, de tumeurs fibreuses, ou d'une affection cancéreuse. Nous avons exposé longuement les moyens thérapeutiques que réclame chacune de ces lésions, dans les chapitres consacrés à leur histoire.

Dans les métrorrhagies symptomatiques d'une altération anémique ou chlorotique du sang, le traitement doit être dirigé surtout contre la chlorose et l'anémie, selon les indications et les règles que nous avons tracées à l'occasion du traitement de la métrorrhagie idiopathique et passive.

Tout en instituant le traitement de la lésion primordiale, on ne doit pas négliger le traitement direct de la métrorrhagie, surtout lorsque celle-ci, par son abondance ou sa durée, épuise les forces des malades et devient un danger pour leur existence ; ou bien lorsque la lésion est incurable, comme le cancer, ou difficile à guérir, comme les tumeurs fibreuses. Il faut alors employer tous les moyens hémostatiques internes et externes, dans le but de modérer ou d'arrêter l'hémorrhagie utérine.

Traitement des métrorrhagies rebelles. — Si la métrorrhagie résiste à l'emploi des agents que nous venons d'énumérer, et si elle présente une gravité réelle, il faut, sans plus hésiter, et quelle qu'en soit la cause, recourir au tamponnement vaginal. Ce tamponnement s'opère avec des boulettes de charpie, de ouate, ou de filasse, unies entre elles par un fil, à la manière d'une queue de cerf-volant, et introduites l'une après l'autre dans le vagin à l'aide du spéculum.

On peut encore pratiquer le tamponnement avec une vessie ou poire de caoutchouc, gonflée d'air, qui distend et remplit le conduit vaginal, s'applique sur le museau de tanche, comprime le col de l'utérus et oblitère l'orifice utérin.

On doit surveiller les effets du tamponnement, retirer le tampon au bout de vingt-quatre à trente-six heures, et le renouveler si la métrorrhagie reparaît avec la même abondance.

Le tamponnement peut être rendu plus efficace en imbibant la première boulette de charpie, celle qui est appliquée immédiatement sur le col utérin, d'une solution astringente et particulièrement de perchlorure de fer.

Avant d'employer ce mode de traitement, il est nécessaire de s'as-

être couverte légèrement et entourée d'une température modérée; les portes et les fenêtres de la chambre doivent être ouvertes de temps en temps pour renouveler l'air et le rendre plus frais. La constipation est combattue au moyen de laxatifs légers ou de lavements presque froids. On prescrit des boissons délayantes ou acidulées et une alimentation légère. Enfin, on éloigne de la malade tout sujet de trouble ou d'émotion.

Quand la métrorrhagie est faible, quand elle est survenue spontanément à la suite de quelque impression morale vive, ou d'une cause traumatique légère, comme une course prolongée, une fatigue corporelle, un effort, une chute, etc., quand elle tend à s'arrêter d'elle-même, les soins les plus simples, les moyens hygiéniques que nous venons d'exposer suffiront le plus souvent pour la faire cesser. Il n'est besoin, dans ce cas, que de favoriser l'action médicatrice de la nature.

chez la femme, permettent d'entrevoir combien peuvent être nombreux et variés les troubles fonctionnels éloignés auxquels les maladies utérines et péri-utérines donnent naissance. En effet, il n'est guère d'appareil, ni d'organe, qui échappent à l'influence morbide prépondérante de la matrice et de ses annexes.

Déjà, en traçant le tableau symptomatique de la métrite chronique interne et des phlegmasies péri-utérines, nous avons signalé tous ces phénomènes : douleurs névralgiques, toux nerveuse, chloro-anémie, troubles dyspeptiques, vomissements nerveux, entérite glaireuse, hystérie symptomatique, paralysies partielles ou générales du sentiment ou de la myotilité.

Le caractère commun de ces accidents est de se montrer, soit au début, soit dans le cours des affections utérines ou péri-utérines, de suivre une marche conforme et parallèle à la marche de ces affections, de participer à leurs variations et à leurs recrudescences, de présenter les mêmes phases, d'augmenter, de diminuer et de disparaître avec elles.

Quelques unes de ces complications sont généralement admises, bien connues, et bien décrites. Mais les autres n'ont pas été étudiées avec le même soin, et sont à peine mentionnées par les auteurs. Nous voulons parler de l'entérite glaireuse, de l'hystérie et surtout des paralysies symptomatiques, dont les relations avec les maladies de l'utérus et de ses annexes sont trop souvent encore méconnues ou révoquées en doute. Aussi croyons-nous devoir consacrer à leur description des chapitres spéciaux, ainsi qu'à l'étude de la coccygalgie.

CHAPITRE II

DE L'ENTÉRITE GLAIREUSE

L'entérite glaireuse n'avait pas encore été signalée dans les traités des maladies de l'utérus antérieurs à la première édition de cet ouvrage. Mais cette complication est généralement admise depuis que nous avons appelé sur elle l'attention des observateurs.

permettent pas de la confondre avec l'entéro-colite chronique, ni avec une altération organique de l'intestin. Enfin elle diffère de l'entéralgie par des douleurs plus sourdes, plus profondes, et qui ne sont ni lancinantes, ni irradiées, ni soumises à des retours périodiques.

Marche, durée. — Qu'elle survienne d'emblée, ou qu'elle succède à une constipation opiniâtre, l'entérite glaireuse, nous le répétons, est étiologiquement liée à une lésion de l'utérus ou de ses annexes. Cette liaison est tellement étroite que ces affections ne tardent pas à devenir solidaires et à exercer l'une sur l'autre une influence réciproque. C'est ainsi que la métrite chronique interne entretient l'entérite glaireuse et que cette complication, par sa persistance, retarde la guérison de la phlegmasie utérine. Aussi devons-nous dire qu'il est de la plus haute importance de ne pas perdre de vue cette relation pathologique si l'on veut obtenir en même temps la guérison de la maladie principale et de l'affection qui la complique.

Prophylaxie. — On peut prévenir l'entérite glaireuse chez les malades atteintes d'affections utérines ou péri-utérines, en ayant soin d'empêcher la constipation et de favoriser les évacuations alvines au moyen des purgatifs doux ou des lavements souvent répétés.

Thérapeutique. — Quand l'entérite glaireuse existe, il faut commencer par le traitement de l'affection utérine ou péri-utérine, dont elle procède. A mesure que celle-ci fait des progrès vers la guérison, l'entérite symptomatique diminue aussi le plus souvent. Mais on ne parvient pas à la guérir, même par les moyens en apparence les plus rationnels, si l'on se borne à instituer le traitement de la complication sans s'occuper de la maladie déterminante. Quelquefois l'entérite glaireuse persiste encore après la guérison de la maladie utérine ou péri-utérine; et alors elle peut donner lieu à des accidents qui induisent souvent en erreur et font attribuer à l'utérus ou à ses annexes des troubles fonctionnels dont l'origine et le siége sont, en réalité, dans l'intestin. Dans ce cas il convient de diriger le traitement contre l'entérite glaireuse.

En vain nous avons employé contre cette forme d'entérite les médications les plus usitées dans les inflammations chroniques du

tube digestif; nous avons essayé tour à tour, sans succès, les émollients, les préparations d'opium, les astringents, les vésicatoires sur l'abdomen, etc. Les médicaments réputés antiglaireux et particulièrement les drastiques n'ont pas mieux réussi. Les purgatifs, il est vrai, en débarrassant l'intestin des glaires qui l'obstruent, sont généralement suivis d'un soulagement notable; mais cet amendement, de courte durée, ne tarde pas à faire place aux mêmes accidents, et en dépit de ces médications purement palliatives, on voit très-souvent les accidents intestinaux se perpétuer pendant plusieurs années, au grand désespoir des malades.

Après de nombreuses et stériles tentatives, nous avons eu recours à l'emploi de l'huile de croton tiglium en onctions sur l'abdomen. Les succès presque constants de cette médication nous engagent à la préconiser comme la plus efficace contre l'entérite glaireuse. Elle consiste à étendre sur l'abdomen un mélange composé de dix à vingt gouttes d'huile de croton, et de trois à six gouttes d'huile d'amandes douces. Quelquefois même nous employons l'huile de croton pure.

L'éruption qui succède à cette application est suivie d'un prompt soulagement. Le ventre s'affaisse, les douleurs se dissipent, et les évacuations alvines sont mélangées d'une plus petite quantité de glaires. Pour obtenir l'entière guérison de l'entérite glaireuse, il est souvent utile de répéter ces onctions plusieurs fois, à des intervalles de quatre ou cinq semaines. La maladie cède plus ou moins vite, suivant son ancienneté. Lorsqu'elle est invétérée, on ne parvient qu'à en diminuer les symptômes. Dans ce cas, l'huile de croton tiglium elle-même n'est qu'un remède palliatif; mais c'est encore le moyen le plus efficace.

CHAPITRE III

DE L'HYSTÉRIE SYMPTOMATIQUE

Nous n'avons pas l'intention de tracer ici une description de l'hystérie; nous voulons seulement chercher à faire prévaloir une vérité, appuyée sur un grand nombre de faits cliniques, à savoir, que cette

affection peut avoir pour origine et pour point de départ une lésion de l'appareil génital.

Historique. — On sait, et le mot *hystérie* l'atteste, que, dès les temps les plus anciens, l'utérus a été regardé comme le siége de cette névrose. Nous ne nous arrêterons pas à la théorie de Pythagore, d'Empédocle et de Platon, adoptée par Hippocrate et Arétée, et qui consiste à envisager l'utérus comme un être animé, voyageant de l'hypogastre vers le foie, la rate, l'estomac, la tête et le cou. Nous nous bornerons aussi à signaler l'opinion de Galien qui rattachait les phénomènes hystériques à la rétention de la semence. Il n'y a pas lieu d'insister, non plus, sur les idées de Fernel, de Sennert, de Baillou, etc., qui attribuaient l'hystérie à une vapeur subtile et maligne, née dans la matrice, de la fermentation des menstrues et de la liqueur séminale, et portée par les veines et les artères dans différentes parties du corps.

Fr. Hoffmann formule sur l'hystérie une théorie plus rationnelle et plus conforme à la saine physiologie. Il place l'origine de tous les symptômes hystériques dans une contraction spasmodique de l'utérus, qui se propage aux nerfs du bassin et des lombes, gagne la moelle épinière, et de là s'étend successivement à toutes les parties supérieures du corps.

Comme le font observer avec raison Monneret et Fleury, « les auteurs plus modernes, qui ont fait de l'hystérie une névrose, se sont contentés de reproduire, seulement en d'autres termes, l'opinion d'Hoffmann, qui a parfaitement entrevu l'influence exercée par le grand sympathique sur le système nerveux cérébro-spinal ».

En effet, Baumes, Louyer-Villermay, M. Piorry, Landouzy, etc., admettent que l'hystérie est primitivement une lésion du système utérin, qui porte consécutivement le trouble dans différentes régions de l'organisme. Cette théorie se rapproche de celle de Frédéric Hoffmann ; mais elle est plus en harmonie avec les nouvelles données de la science.

Suivant les auteurs que nous venons de citer, l'hystérie est une névrose, un trouble de l'innervation de l'utérus, qui réagit, par action réflexe, sur le système nerveux encéphalo-rachidien.

Ces idées ont été combattues par Willis, Sydenham, Boerhaave, Ch. Lepois, Tissot, Georget, Dubois (d'Amiens), Sandras, M. Henri

grand nombre de cas, comme la plupart des névroses, se manifester, sans qu'il soit possible d'en bien préciser la cause, l'origine et le siége matériel, (c'est ce qui explique, c'est ce qui autorise, en quelque sorte, les hypothèses nombreuses qui ont été émises sur chacun de ces points); mais nous croyons aussi que, dans certaines circonstances, cette affection est étroitement liée à une maladie de l'utérus ou de ses annexes. Nous possédons plusieurs faits qui ne permettent de conserver aucun doute à cet égard, et devant lesquels tous les raisonnements et toutes les considérations théoriques nous paraissent sans valeur. Quelques-uns de ces faits sont rapportés avec détail dans la dernière partie de cet ouvrage. On peut se convaincre, en les lisant, que chez toutes les malades qui en font l'objet les accidents hystériques se sont déclarés dans le cours d'une métrite simple ou compliquée d'une phlegmasie péri-utérine. On verra encore que la marche des accidents nerveux était subordonnée à celle de la phlegmasie utérine ou péri-utérine; que les crises et les accès hystériques étaient constamment précédés d'une douleur dans la région primitivement affectée; qu'ils apparaissaient sous l'influence de toutes les causes capables d'exalter la sensibilité des organes génitaux ou d'exaspérer l'irritation morbide dont ils étaient le siége; qu'on pouvait les provoquer artificiellement par une action mécanique exercée sur la matrice ou sur ses annexes (cathétérisme utérin, pression sur le col ou sur les tissus péri-utérins engorgés); que ces crises étaient d'autant plus répétées et d'autant plus violentes que la phlegmasie de l'utérus et de ses annexes était plus intense; qu'elles diminuaient de force et de fréquence à mesure que cette phlegmasie marchait vers la résolution; enfin, que les émissions sanguines, ordinairement si funestes dans les névroses idiopathiques, exerçaient ici une influence également salutaire sur les phénomènes hystériques et sur l'inflammation utérine ou péri-utérine. Ces preuves nous paraissent suffisantes pour établir la réalité des relations qui existent entre ces deux états morbides et pour démontrer qu'assez souvent l'hystérie peut avoir son siége primtif dans l'utérus, et sa cause dans une maladie de cet organe ou de ses annexes.

Mais, de ce qu'une malade est atteinte de métrite interne et sujette en même temps à des attaques d'hystérie, nous ne prétendons pas que les accidents nerveux soient toujours et nécessairement liés à la phlegmasie utérine. L'hystérie peut avoir précédé la maladie de la matrice, et dans ce cas, elle en est indépendante; ce n'est plus

alors une névrose symptomatique, c'est une complication des plus rebelles et des plus fâcheuses, car elle constitue un des obstacles les plus sérieux à l'efficacité du traitement ordinaire de la métrite. Nous citons plusieurs exemples qui mettent ce fait hors de doute. Il nous paraît donc utile d'exposer en quelques mots les caractères à l'aide desquels on peut distinguer l'hystérie symptomatique de l'hystérie idiopathique, indépendante de l'affection utérine ou péri-utérine.

Diagnostic. — Dans l'hystérie symptomatique, les accidents nerveux ne se montrent qu'après la manifestation des troubles utérins ou péri-utérins; l'explosion de l'accès est toujours précédée d'une douleur plus ou moins intense dans le bas-ventre, ou d'une exaspération de cette douleur, si elle existait déjà antérieurement. Toute cause capable de réveiller ou d'exalter la douleur utérine ou péri-utérine, soit directement, comme la fluxion menstruelle périodique, soit indirectement, comme une émotion vive, une souffrance ressentie dans une autre région du corps, provoque à peu près *infailliblement* une crise; on peut également la faire naître en irritant mécaniquement la matrice ou ses annexes par le toucher, par le cathétérisme utérin, la cautérisation, ou toute autre opération douloureuse pratiquée sur ces organes. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, la marche de l'affection hystérique est sous la dépendance de celle de la métrite ou de la phlegmasie péri-utérine; elle en suit à peu près toutes les phases, toutes les variations, et loin de s'aggraver comme l'hystérie idiopathique, sous l'influence des émissions sanguines, elle en reçoit les mêmes avantages que la phlegmasie utérine ou péri-utérine; elle diminue d'abord, puis elle finit par disparaître, à mesure que s'opère la résolution de l'état inflammatoire. Les bons effets de la saignée révulsive sont tellement prompts et tellement prononcés chez quelques malades que les phénomènes nerveux s'amendent et se calment à chaque émission sanguine. Nous croyons devoir rappeler ici l'heureuse et significative expression d'une de nos malades qui nous disait « *sentir ses nerfs couler avec son sang* ». Rien de semblable ne s'observe jamais dans l'hystérie idiopathique.

Thérapeutique. — L'aphorisme *sublatâ causâ tollitur effectus* trouve ici son application. En effet, le meilleur traitement à opposer à

l'hystérie symptomatique est celui de l'affection utérine ou péri-utérine, qui en est le point de départ. Cependant on peut et même on doit, si les phénomènes nerveux ont une grande intensité, recourir, à titre d'adjuvants, aux moyens antispasmodiques et calmants, tels que l'éther, la valériane, l'asa fœtida, le castoréum, l'oxyde de zinc, les valérianates d'ammoniaque et de quinine, le chloroforme, le chloral, le bromure de potassium, les préparations de belladone, de datura stramonium, etc. Mais les antispasmodiques doivent surtout former la base du traitement, lorsque les phénomènes hystériques persistent après la guérison de la maladie utérine ou péri-utérine et que la névrose, de symptomatique qu'elle était, devient en quelque sorte idiopathique et survit à la cause qui lui a donné naissance.

CHAPITRE IV

DES PARALYSIES SYMPTOMATIQUES DES AFFECTIONS UTÉRINES ET PÉRI-UTÉRINES

Historique. — A une époque encore peu éloignée de nous, le cadre des paralysies symptomatiques était extrêmement restreint. Mais, à mesure que l'anatomie pathologique fait des progrès, et que l'observation clinique s'enrichit de moyens de diagnostic plus sûrs et plus parfaits, ce cadre s'étend de jour en jour; et c'est à peine si l'on compte aujourd'hui quelques paralysies auxquelles on puisse conserver la dénomination d'essentielles.

Depuis quelques années, on s'est beaucoup occupé des paralysies liées à l'hystérie et à l'état chloro-anémique; et, grâce au contrôle de l'observation clinique, on peut considérer l'existence de ces paralysies comme définitivement démontrée.

Il n'en est pas de même des paralysies symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes. Celles-ci avaient peu fixé l'attention des praticiens avant la publication de la première édition de cet ouvrage, où nous avons insisté d'une manière spéciale sur l'intime liaison de certains troubles paralytiques du sentiment ou de

fois la paralysie ne se développe que dans les membres inférieurs, ou dans le membre correspondant au côté qui est le siége du phlegmon péri-utérin; ces caractères sont parfois tellement tranchés, qu'ils peuvent faire penser à une maladie de la moelle épinière. J'ai eu à traiter une jeune femme chez laquelle une méprise de ce genre avait été commise. »

Ainsi, dès cette époque, nous avions reconnu l'existence des paralysies symptomatiques des maladies de la matrice et de ses annexes, nous signalions leur prédilection pour le côté correspondant au siége de l'engorgement péri-utérin, et les erreurs de diagnostic dont elles peuvent devenir la source. Le passage que nous venons de rappeler renfermait en substance tout ce qu'il convient de savoir sur ces paralysies.

En 1851, M. le docteur Martin, un de nos élèves, dans une thèse déjà citée, a rapporté cinq cas de paralysie observés dans notre service, et survenus à la suite et sous l'influence de phlegmons péri-utérins.

Depuis lors, nous avons eu souvent l'occasion de rencontrer des faits du même genre; et plusieurs observations relatives à ce sujet ont été publiées, à différentes reprises, soit par nos élèves, soit par nous-mêmes, dans les recueils périodiques.

Enfin, deux autres de nos élèves, MM. les docteurs Esnault et Vallin, ont choisi pour sujet de leur dissertation inaugurale les paralysies liées à un état phlegmasique de la matrice et du tissu cellulaire péri-utérin. Ces deux thèses sont la reproduction fidèle de notre enseignement, et les observations qu'elles renferment ont été recueillies presque toutes dans notre clinique.

Dans un mémoire couronné par l'Académie de médecine, M. Raoul Leroy (d'Étiolles) consacre un long chapitre à l'influence de l'utérus sur les paraplégies; mais il s'occupe spécialement de celles qui surviennent à la suite des troubles fonctionnels de cet organe, liés à la grossesse, à l'aménorrhée, à la suppression brusque des règles ou des lochies; dans une observation que Michon lui a communiquée, il s'agit d'un engorgement péri-utérin compliqué de paralysie : c'est à peu près le seul cas qui rentre dans le genre d'affection que nous étudions.

M. Gallard, dans un tableau placé à la fin de sa thèse, note que, sur trente et une malades qu'il a observées, la marche était impossible dans sept cas; mais il n'indique pas si la difficulté de la loco-

symptomatiques, aucune lésion appréciable du système nerveux central et périphérique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les paralysies qui nous occupent dans ce chapitre affectent très-rarement la sensibilité; elles frappent d'une manière à peu près exclusive la myotilité; et c'est là, comme nous le dirons plus tard, un des traits qui les distinguent des paralysies dépendant de l'hystérie et de la chloro-anémie. Nous n'avons jamais vu ces paralysies se développer sur les organes des sens, et nous croyons qu'il faut accueillir avec une grande réserve les exemples d'amaurose symptomatique qu'on trouve cités dans quelques auteurs. Les paralysies sensoriales appartiennent plutôt à la chloro-anémie et à l'hystérie qu'aux maladies utérines ou péri-utérines.

Les membres inférieurs sont bien plus fréquemment atteints que les membres supérieurs. Il n'est pas besoin d'insister sur cette particularité, qui trouve une explication naturelle dans les connexions intimes du système nerveux utérin avec les nerfs des extrémités pelviennes.

Chose digne de remarque, la paraplégie utérine, contrairement à la paraplégie rachidienne, s'accompagne rarement d'une paralysie de la vessie et du rectum. Nous n'avons observé qu'un cas qui fît exception à cette règle. Chez une de nos malades, nous avons constaté, non pas une paralysie musculaire de la vessie, mais une sorte d'anesthésie du col vésical se traduisant par l'absence complète du besoin d'uriner, et qui n'a cédé qu'à la guérison de l'affection utérine.

Nous n'avons vu que trois fois ces sortes de paralysies affecter simultanément le bras et la jambe du même côté, et jamais les membres supérieurs isolément.

La phonation est quelquefois abolie dans le cours de la métrite interne ou des phlegmasies péri-utérines. On pourra lire dans la dernière partie de cet ouvrage un certain nombre d'observations relatives à l'aphonie symptomatique des affections de l'utérus.

Dernièrement encore, nous avons donné des soins à une malade qui, depuis un an, avait perdu la faculté de chanter; elle avait eu recours, sans succès, à différentes médications dirigées contre l'affection du larynx et des organes respiratoires. Ayant constaté l'existence d'une métrite interne, nous pensâmes que les troubles de la voix étaient un effet de la lésion utérine; le résultat du traitement

par toute cause d'irritation agissant sur l'utérus ou ses annexes.

La paralysie symptomatique et l'hyperesthésie musculaire, qui l'accompagne souvent, sont augmentées non-seulement par les actions mécaniques exercées sur les organes génitaux enflammés, mais encore par tout ce qui est susceptible d'agir d'une manière directe ou indirecte sur le système utérin, comme, par exemple, la fluxion périodique menstruelle, les émotions morales vives, etc. M. Brown-Séquard rapporte le cas d'une jeune dame qui avait une paraplégie presque complète à chaque période menstruelle; elle avait, en même temps, une dysménorrhée, une antéflexion de l'utérus et une métrite. La paraplégie, qui durait depuis six mois et qui avait été combattue vainement par la strychnine, le galvanisme, les douches et les toniques, fut entièrement guérie, en moins de deux semaines, par le seul traitement de la lésion utérine.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS. — Ces sortes de paralysies ont une marche corrélative à celle des affections qui en sont le point de départ. Elles débutent rarement d'emblée, mais ordinairement d'une manière progressive, par de la faiblesse d'abord, puis des engourdissements et enfin de l'impuissance musculaire, sans arriver jamais, ainsi que nous l'avons dit, jusqu'à la perte absolue du mouvement. La paralysie augmente et décroît avec la phlegmasie utérine ou péri-utérine; elle suit ses variations et est assujettie aux mêmes recrudescences.

Cependant la durée n'est pas toujours la même pour la lésion primitive et pour la lésion symptomatique. La paralysie peut disparaître avant la résolution de la phlegmasie qui l'a provoquée, ou, au contraire, persister encore après elle, comme si l'affection, d'abord symptomatique, était devenue ensuite idiopathique, et si les muscles avaient en quelque sorte perdu l'habitude de se contracter.

Les paralysies symptomatiques des maladies utérines peuvent se montrer fort opiniâtres, et même persister indéfiniment, si, méconnaissant leur véritable origine, on se borne à attaquer le symptôme sans combattre la cause.

Nous ne les avons jamais vues se dissiper d'elles-mêmes; on conçoit cependant que la guérison spontanée de ces paralysies puisse arriver dans les cas rares où l'affection utérine guérit spontanément. Ordinairement elles cèdent, au bout d'un temps variable, et

fois précédées ou accompagnées d'une exaltation de la sensibilité ou même de douleurs assez vives en un point de la colonne vertébrale : cette hyperesthésie peut être spontanée; mais le plus souvent, pour la constater, il faut recourir à la pression ou à l'application d'un corps chaud ou froid le long du rachis. Les malades éprouvent non-seulement des douleurs très-vives dans les reins, les lombes et les membres paralysés, mais encore des tressaillements, des soubresauts tendineux, des secousses musculaires et des contractures, qui manquent dans les paralysies symptomatiques des affections utérines. Les paralysies médullaires sont presque toujours bilatérales ; ce n'est que par exception qu'elles affectent un seul côté; elles portent tantôt sur la motilité, tantôt sur la sensibilité, tantôt sur ces deux ordres de fonctions. Elles débutent par les extrémités des membres et les envahissent de proche en proche jusqu'au tronc. Elles affectent une marche essentiellement progressive et finissent tôt ou tard par devenir complètes : dans le principe, un seul membre est atteint, la motilité seule est intéressée, et seulement à un faible degré; dans la suite et d'une manière graduelle, le second membre est atteint à son tour, la sensibilité est intéressée, et ainsi la paralysie devient complète. Enfin, ces sortes de paralysies, surtout si elles dépendent d'un inflammation chronique de la moelle ou de ses enveloppes, peuvent être modifiées avantageusement et enrayées momentanément dans leurs progrès par les applications de sangsues, de ventouses, de vésicatoires et de cautères sur la région vertébrale, tandis que les paralysies symptomatiques des affections utérines ou péri-utérines résistent à ces moyens thérapeutiques.

Les paralysies hystériques affectent de préférence la sensibilité tactile; cependant il n'est pas rare de rencontrer aussi des hémiplégies et des paraplégies de nature hystérique. Chez les hystériques, ce qui caractérise les phénomènes d'anesthésie muqueuse ou cutanée, c'est la bizarrerie de leur marche et de leur apparition. Ils se déplacent tout à coup, s'étendent brusquement, augmentent ou diminuent, se dissipent, reparaissent sous l'influence de la moindre émotion ou quelquefois même sans cause appréciable. Enfin, la paralysie hystérique est avantageusement modifiée par l'application du galvanisme, tandis qu'elle augmente sous l'influence des émissions sanguines et des différentes médications que nous avons préconisées dans le traitement de la métrite et des phlegmasies péri-utérines. Mais une particularité qui contribue le plus à éclairer le diagnostic,

sûrement, et souvent dans un temps assez court. Cependant il ne faut pas se dissimuler qu'il est quelquefois difficile de triompher de ces paralysies, lorsqu'elles remontent à une époque déjà ancienne ou qu'elles se rattachent à une métrite ou à une phlegmasie péri-utérine invétérées et rebelles aux moyens thérapeutiques.

Enfin, ces paralysies sont plus opiniâtres et plus longues à guérir quand elles se compliquent de phénomènes hystériques ou d'un état chloro-anémique, soit parce qu'elles reçoivent de ces complications une influence fâcheuse, soit parce qu'elles ne permettent pas d'employer le traitement dans toute sa plénitude.

THÉRAPEUTIQUE. — Les paralysies liées à une affection de l'utérus ou de ses annexes ne réclament aucun traitement spécial, tant qu'elles sont sous la dépendance de la maladie primitive; elles se montrent alors réfractaires à tous les moyens directs, ordinairement dirigés avec efficacité contre les autres variétés de paralysies. La première et l'unique indication à remplir dans ce cas, c'est de combattre la lésion utérine ou péri-utérine qui a provoqué et qui entretient les troubles de l'innervation. On aura donc recours aux différents agents thérapeutiques que nous avons fait connaître à l'occasion de la métrite et des phlegmasies péri-utérines.

Si la paralysie symptomatique coïncide, ainsi qu'il arrive quelquefois, avec une affection hystérique ou avec la chlorose, il est à propos d'éloigner tout d'abord et le plus tôt possible ces complications, qui apportent manifestement des entraves sérieuses à la guérison.

Nous avons dit plus haut que les phénomènes paralytiques survivent parfois à la maladie dont ils tirent leur origine. Dans ce cas, on persévérerait en vain dans l'emploi du traitement de la métrite et des phlegmasies péri-utérines. Ces deux lésions étant guéries, la paralysie à laquelle elles ont donné naissance n'est plus un simple épiphénomène subordonné à une lésion primitive; elle constitue dès lors une affection idiopathique qui a une existence propre et contre laquelle il convient d'employer des moyens directs et spéciaux; en conséquence, on aura recours avec avantage aux frictions stimulantes, aux bains sulfureux, à l'hydrothérapie, aux bains de mer, aux eaux minérales, à l'électrisation et, en particulier, à la cautérisation transcurrente, dont l'expérience nous a démontré toute l'efficacité dans ce genre de paralysie et dans les autres complications

D'après ces données étiologiques, la coccyodynie pourrait bien présenter deux formes, différentes par la nature et par le siége de la douleur. Tantôt, en effet, cette douleur a spécialement son siége dans l'articulation sacro-coccygienne, et elle paraît être alors soit d'origine rhumatismale, soit d'origine traumatique; dans le premier cas, elle procède d'un refroidissement; dans le second cas, elle provient d'une violence extérieure, d'un coup, d'une chute, ou d'une distension exagérée de l'articulation par la tête d'un fœtus, par le forceps ou par le spéculum. Tantôt la coccyalgie est de nature nerveuse et offre tous les caractères des névralgies; c'est alors surtout qu'il est permis de la ranger parmi les complications névralgiques des affections utérines et péri-utérines.

De là résulte la division de la coccyodynie en *articulaire* (rhumatismale ou traumatique) et en *nerveuse* ou *névralgique*.

Lorsque la coccyalgie est articulaire, elle se fait particulièrement sentir au niveau même de l'articulation sacro-coccygienne. Elle est augmentée par la pression sur ce point, par les mouvements imprimés à l'extrémité du coccyx et par tout changement de position un peu brusque. Elle est augmentée encore par la position assise et par les efforts de la défécation. Elle n'a pas le caractère lancinant; elle ne s'irradie pas dans les régions voisines; elle peut exister indépendamment de toute affection utérine ou péri-utérine; ou si elle coïncide fortuitement avec une de ces affections, elle ne reçoit aucune modification de leur traitement.

La seconde variété de coccyalgie, ou coccyalgie névralgique, n'occupe pas un siége aussi exclusif et aussi limité que la précédente. La douleur est plus étendue, plus diffuse; elle s'irradie dans les parties voisines du coccyx, vers le sacrum, dans la région anopérinéale et dans la direction des nerfs lombaires et sacrés. Elle est lancinante, elle produit une hyperesthésie sur toute la peau de la région sacro-coccygienne; elle est quelquefois intermittente; d'autres fois elle présente des alternatives de rémittences et d'exacerbations. Ces exacerbations sont quelquefois d'une extrême violence. Elles coïncident le plus souvent avec les recrudescences fluxionnaires et inflammatoires qui se produisent dans les affections utérines ou péri-utérines, particulièrement aux époques menstruelles. La coccyalgie nerveuse coexiste ou alterne quelquefois avec d'autres douleurs névralgiques.

CHAPITRE SUPPLÉMENTAIRE

SUR LES TUMEURS FIBRO-CYSTIQUES DE L'UTÉRUS ET L'HYSTÉROTOMIE

Dans le chapitre que nous avons consacré à l'étude des tumeurs fibro-cystiques et de la gastrotomie (page 882), nous nous sommes inspirés principalement du mémoire présenté par M. Boinet et du rapport lu par M. Demarquay à l'Académie de médecine ; et nous avons accepté les réserves très-grandes faites par ces deux auteurs sur l'existence des tumeurs fibro-cystiques d'une part, et sur l'opportunité de l'hystérotomie d'autre part. Depuis lors, M. Péan a publié sur l'hystérotomie et sur les tumeurs qui peuvent nécessiter cette opération une étude d'une réelle importance qui modifie, et même contredit sur les points les plus essentiels, les opinions de MM. Boinet et Demarquay. Il nous a paru utile, dans l'intérêt de la science et de la vérité, de mettre sous les yeux de nos lecteurs le résumé de ce travail, qui tend à élucider un des points les plus obscurs et les plus controversés de la pathologie utérine, et de faire connaître autant qu'il est en nous, pour l'honneur de la chirurgie française, les progrès accomplis et les succès obtenus par les chirurgiens de notre pays dans une opération appelée peut-être à devenir un des grands bienfaits de notre époque.

Le travail de M. Péan est une œuvre d'observation et d'expérience. Il s'appuie sur des faits cliniques, sur des démonstrations anatomo-pathologiques et sur les résultats d'opérations pratiquées en présence de témoins nombreux et compétents. L'un de nous a eu plus d'une fois l'occasion d'examiner les pièces anatomiques que l'auteur a présentées à l'Académie de médecine et qui ne sauraient laisser aucun doute ni sur la nature et le siége de la lésion, ni sur l'utilité de l'opération.

Définition. — Les tumeurs fibro-cystiques sont, d'après M. Péan, et comme leur nom l'indique, des tumeurs composées de deux parties, l'une fibreuse, l'autre cystique. Nous avons émis une opinion qui diffère peu de celle de M. Péan lorsque nous avons dit, à propos de la doctrine de M. Boinet, que ces tumeurs prennent dès leur

Les corps fibreux à géodes sont susceptibles d'acquérir un volume et un poids considérables, variant entre 8 et 14 kilogrammes.

Des adhérences très-vasculaires s'établissent entre le néoplasme et les organes voisins. Cette vascularité est telle, que l'on a vu souvent ces vaisseaux de la grosseur du pouce venir ramper à la surface de la tumeur et s'anastomoser avec ceux de l'épiploon.

Tumeurs fibro-cystiques proprement dites. — Dans cette catégorie, les poches kystiques, loin d'être creusées au centre même de la masse du fibrome, ou tout au moins dans son épaisseur, à la manière des géodes, n'existent que dans les couches périphériques. Il y a, dans ce cas, un ou plusieurs *véritables kystes*, simplement accolés au corps fibreux. Ces poches se trouvent le plus ordinairement formées par le péritoine soulevé à la surface du fibrome utérin ; quelquefois cependant, au lieu d'être tout à fait sous-péritonéales, elles se développent dans les couches du corps fibreux contiguës à la séreuse. La membrane d'enveloppe est alors constituée par le péritoine et par une couche de tissu fibreux. Ces kystes surajoutés aux corps fibreux sont extrêmement rares et ordinairement uniques. Leur volume est variable ; ils contiennent tantôt de la sérosité pure, tantôt de la sérosité mêlée à du sang.

Kystes de l'utérus. — On doit en distinguer deux variétés, suivant qu'ils se développent à la surface de l'utérus ou dans la substance même de cet organe. Les premiers sont simplement des *kystes sous-péritonéaux*, les seconds méritent seuls le nom de *kystes de l'utérus*.

Les *kystes sous-péritonéaux* peuvent naître sur tous les points de la surface de l'utérus qui sont recouverts par le péritoine. Presque toujours ils sont multiples, au nombre de trois, quatre et au delà. Ils sont rarement simples ; ils coexistent le plus souvent avec un ou plusieurs corps fibreux. Ils adhèrent à l'utérus par une large base d'implantation ; leur volume est en général peu considérable ; le liquide qu'ils renferment est ordinairement de la sérosité, plus rarement du sang presque pur, assez souvent de la sérosité sanguinolente.

Les *kystes de l'utérus proprement dits* se développent dans l'épaisseur des parois de l'organe. Ils sont extrêmement rares ; c'est à peine s'il en existe trois ou quatre cas dans la science. Ceux qui ont été observés par M. Demarquay et par M. Péan formaient une tumeur composée d'une grande poche centrale et de plusieurs autres poches beaucoup plus petites, irrégulièrement disséminées et paraissant correspondre à différents degrés d'évolution. Le grand kyste renferme

daires, ni le produit d'un travail de transformation ni le résultat d'une dégénérescence tardive. Elles se rattacheraient, au contraire, à la structure primitive et à la constitution même du fibrome ; elles en suivraient l'évolution ; elles se développeraient et s'agrandiraient concurremment avec le tissu fibreux.

Dans les tumeurs fibro-cystiques proprement dites, la poche, au lieu d'être creusée, comme dans les précédentes, dans la masse même de la tumeur, est développée à la surface du corps fibreux ; elle est sous-péritonéale et formée par un soulèvement de la membrane séreuse. M. Péan est porté à admettre avec Cruveilhier que, le fibrome devenant œdémateux, le kyste est le résultat de l'accumulation de la sérosité soit dans ses couches superficielles, soit immédiatement au-dessous du péritoine.

Quant aux kystes développés dans la substance même de l'utérus (troisième variété), on ne connaît ni leur point de départ, ni leur mode d'évolution.

Les causes des tumeurs fibro-cystiques sont les mêmes que celles des myomes ordinaires et sont entourées d'une égale obscurité. C'est vers l'époque de la ménopause qu'elles se montrent de préférence.

Symptômes et marche. — Le début des tumeurs fibro-cystiques est obscur ; il ne se traduit guère que par un sentiment de pesanteur et de malaise dans l'hypogastre ; mais plus tard la malade s'aperçoit que son ventre grossit, bien que la persistance des règles exclue toute idée de grossesse. Si l'on pratique alors le palper hypogastrique, on trouve dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, plus rarement sur la ligne médiane, une tumeur d'un volume variable, mais dure, mobile et presque toujours bosselée à sa surface. Cette tumeur semble faire corps avec l'utérus qui a conservé ses dimensions normales, mais qui est déplacé et presque toujours en rétroversion.

Les symptômes locaux varient d'ailleurs avec la structure de la tumeur, et suivant que celle-ci appartient à l'une ou à l'autre des variétés établies plus haut.

S'agit-il d'un corps fibreux à géodes, la forme de l'abdomen est régulière, la peau est tendue, luisante, couverte de vergetures ; dans le tissu cellulaire sous-cutané rampent des veines dilatées, souvent variqueuses. La palpation indique des points ramollis et fluctuants à côté d'autres points d'une grande dureté, donnant à la main qui explore non pas la sensation d'une masse fibreuse, mais d'une masse

une tumeur maligne? Quel est le point de départ de la tumeur? Quels sont ses rapports avec les organes abdominaux?

Diagnostic avec la grossesse simple et extra-utérine. — On ne doit négliger aucun des signes ordinaires de la gestation. Il faut examiner la femme à différentes reprises, et rechercher chaque fois les mouvements actifs et les bruits du cœur du fœtus. Si l'ancienneté de la tumeur excluait une grossesse normale, il ne faudrait pas perdre de vue la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Dans ce cas, les anamnestiques sont d'un grand secours, comme le prouve une observation de M. Péan, dans laquelle les antécédents de la malade révélèrent une grossesse ovarienne. Ce diagnostic fut confirmé par l'extirpation de la tumeur, que la malade, lasse de souffrir, avait réclamée avec instances. L'opérée succomba au bout de quelques jours.

Diagnostic avec une tumeur maligne. — Les tumeurs cancéreuses de l'utérus, de l'ovaire, de l'épiploon peuvent être confondues avec une tumeur fibro-cystique, surtout lorsque le carcinome ayant subi un commencement de ramollissement donne à la main la sensation d'une fluctuation obscure.

Voici cependant quelques signes qui permettront de faire le diagnostic. Les malades atteintes d'une tumeur cancéreuse de l'abdomen se reconnaissent à la couleur jaune pâle de la peau et des muqueuses, à un amaigrissement extrême, à une prostration très-grande des forces, à tous les symptômes d'une cachexie profonde. Dans les tumeurs fibro-cystiques la douleur est très-modérée, l'ascite est rare. Dans le cancer, au contraire, les souffrances sont très-vives et l'épanchement ascitique est fréquent et abondant. Les bosselures du cancer sont abruptes, comme taillées à pic, mais les contours extérieurs de la tumeur se limitent mal; c'est comme un empâtement général siégeant sur toute la surface de l'abdomen. Rien de pareil pour les tumeurs fibro-cystiques. Enfin, la marche rapide et la terminaison funeste des tumeurs cancéreuses contrastent avec l'évolution lente et l'état stationnaire des tumeurs fibro-cystiques.

Diagnostic de la nature et du point de départ de la tumeur. — C'est par les symptômes physiques, et surtout par la palpation soigneusement pratiquée, que l'on parviendra à reconnaître la nature fibro-cystique de la tumeur, et à constater son double caractère de dureté et de fluctuation, indiquant d'un côté une masse solide, et de l'autre une poche remplie de liquide en connexion avec elle.

Une fois ces signes bien constatés, il faut chercher quel est le point

Diagnostic des adhérences. — Les connexions de la tumeur fibro-cystique avec les organes abdominaux sont très-variables. Tantôt le paquet intestinal est refoulé à la partie supérieure de l'abdomen, du côté de l'épigastre; tantôt il est placé latéralement; parfois aussi quelques anses intestinales sont situées en avant et contribuent à former une hernie ombilicale. L'épiploon suit, en général, ces déplacements; plus souvent il recouvre la partie antérieure de la tumeur qu'il coiffe en quelque sorte. La palpation et la percussion éclaireron suffisamment sur ces diverses particularités.

Il est très-difficile de diagnostiquer les adhérences contractées par la tumeur; néanmoins on peut les soupçonner si la tumeur est ancienne, si elle est volumineuse, et si elle produit une distension du ventre assez considérable pour que sa surface externe vienne presser sur le péritoine pariétal. On doit aussi tenir compte des ponctions qui ont été pratiquées, du déplacement plus ou moins facile ou du degré de mobilité de la tumeur, des poussées de péritonite qui seraient survenues, et des bruits de frottement, si par hasard ils existaient.

M. Péan repousse, avec raison, l'emploi des incisions exploratrices comme moyen de diagnostic des adhérences; il regarde ce procédé comme dangereux et inutile.

De l'hystérotomie. — M. Péan n'hésite pas, vu la gravité de la lésion, à conseiller l'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie pour l'extirpation des tumeurs fibro-cystiques. Les tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de la matrice, dit-il, arrivées à un certain degré de développement peuvent déterminer des accidents graves capables d'entraîner fatalement la mort, dans un délai plus ou moins rapproché. Dans ces circonstances, le chirurgien a non-seulement le droit mais encore le devoir de pratiquer la gastrotomie. Si les connexions de la tumeur avec la matrice sont tant soit peu intimes, il vaut mieux faire l'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus, sans se préoccuper de conserver les ovaires, que de chercher à énucléer la tumeur tout en respectant les organes génitaux.

Pour énoncer un précepte aussi formel, M. Péan s'autorise et se prévaut des opérations qu'il a déjà pratiquées lui-même et de celles qu'ont pratiquées, avec des résultats divers, MM. Atlee, Fletcher, Backer-Brown, Hakes, Spencer Wells, Kœberlé, Storer et Demar-

trouve indiquée comme dans les kystes multiloculaires. Mais lorsque la tumeur a des géodes à parois épaisses, *à fortiori* lorsqu'elle est purement fibreuse, le volume ne diminuera point par la ponction. Alors il faut recourir à la *méthode du morcellement*, que M. Péan décrit en ces termes : « On commence par traverser la partie moyenne de la tumeur, au besoin même la partie la plus accessible, par deux ou trois anses de fils métalliques. Les fils sont ensuite serrés à l'aide de serre-nœuds ordinaires, de façon à interrompre la circulation dans toute la partie située au-dessus des ligatures. On peut alors exciser cette partie en toute sécurité et diminuer d'autant le volume de la masse morbide. Si, malgré cela, celle-ci restait encore trop volumineuse, on recommencerait un peu plus bas, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'enfin la réduction soit jugée suffisante. »

Troisième temps. — Ce temps, qui consiste dans la rupture des adhérences et dans l'extraction de la tumeur, est certainement le plus critique et le plus difficile à exécuter. Il exige de la part de l'opérateur beaucoup de patience, beaucoup de soins et les plus grandes précautions, pour éviter, en brisant les adhérences, la pénétration du sang dans la cavité du péritoine. On rompt les adhérences avec les doigts, avec une espèce de grattoir courbe sur le plat et aux bords mousses, avec une spatule, avec une pince à disséquer; jamais avec le bistouri.

Si les adhérences sont vasculaires on lie soigneusement toutes les artérioles avec un fil d'Écosse très-fin, dont on coupe les bouts le plus près possible de la ligature; et celle-ci est abandonnée dans la cavité péritonéale. Le nombre de ces ligatures, quel qu'il soit, ne doit nullement effrayer. S'il y a une hémorrhagie en nappe, ou s'il s'agit d'adhérences pariétales ou épiploïques, M. Péan emploie la cautérisation superficielle au fer rouge; mais il se sert d'un instrument spécial, d'un clamp en pince pour isoler et protéger les organes sous-jacents. Dans le cas où les adhérences ne peuvent être détachées par suite de leur trop grande vascularité ou de la friabilité de la membrane d'enveloppe, M. Péan dispose le kyste tout entier ou ses lambeaux en forme de sac, dont il fixe l'ouverture aux lèvres de la plaie abdominale. Au bout de quelques jours, la suppuration s'établit dans cette poche et, grâce à cette disposition, les produits éliminés ne tombent point dans la cavité du péritoine. La guérison s'effectue soit par le bourgeonnement et la cicatrisation des parois de la poche, soit par la mortification et l'élimination lente des tissus

ment en lui faisant suivre un chemin inverse. On coupe l'anse à son sommet, de manière à avoir deux fils, qui pourront être ramenés latéralement et servir à faire deux ligatures étreignant chacune une moitié du pédicule. » M. Péan pratique ces ligatures avec le ligateur serre-nœud de M. le docteur Cintrat.

Toute hémorrhagie étant conjurée par cette constriction, le chirurgien peut hardiment exciser le corps de l'utérus, ainsi que la tumeur fibreuse ou fibro-cystique.

L'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus entraîne presque toujours l'ablation des ovaires et des trompes. M. Péan, d'accord avec M. Kœberlé, est d'avis qu'il vaut mieux enlever ces organes que de les respecter, parce qu'ils ne sont plus d'aucune utilité, parce que leur conservation, étant une cause de congestion périodique, pourrait donner lieu à des accidents consécutifs ; enfin, parce que l'opération devient plus facile et moins dangereuse.

Dans les cas très-rares où le col utérin lui-même est le siége du néoplasme, M. Péan ne regarde pas comme impraticable l'ablation de la totalité de l'utérus. Si, dit-il, le fibrome n'était pas trop adhérent au tissu du col, on ferait bien de chercher à l'énucléer; on pourrait même pratiquer l'évidement du col en conservant seulement ses parties périphériques, sur lesquelles on jetterait une ligature. Si l'union du col et du néoplasme était trop intime ou qu'une hémorrhagie fût à craindre, on pourrait comprendre la tumeur entre deux ligatures, dont la plus inférieure comprendrait les culs-de-sac vaginaux, les artères utérine et vaginale ; de cette façon, le soin de l'élimination d'une partie de la tumeur serait laissé à la nature.

Cinquième temps. — La toilette du péritoine et la suture de la plaie abdominale se pratiquent de la même manière que pour l'ovariotomie (p. 875).

Les complications les plus fréquentes et les plus redoutables qui peuvent survenir pendant l'opération sont les vomissements, la hernie des intestins, l'hémorrhagie et le choc, dont nous avons parlé à l'occasion de l'ovariotomie.

Lorsque les vomissements surviennent, il faut suspendre l'opération et maintenir fortement rapprochées les lèvres de l'incision abdominale pour empêcher la sortie des intestins. On doit aussi activer l'administration du chloroforme, afin de plonger l'opérée dans une résolution complète.

24 opérations, ou 45,83 guérisons pour 100. Les résultats favorables de la dernière série doivent être attribués sans aucun doute aux perfectionnements apportés à la pratique de l'hystérotomie, aux progrès accomplis dans le manuel opératoire, et aux précautions prises pour prévenir les graves complications de l'hémorrhagie, du choc et de la péritonite.

La proportion de 45,83 guérisons pour 100, obtenues par l'hystérotomie, ne diffère pas sensiblement de la proportion des guérisons obtenues par l'ovariotomie *dans les cas d'adhérences étendues* (cette proportion varie, suivant l'auteur, entre 45 et 68 pour 100). C'est pour ce motif que M. Péan se croit autorisé à dire que « l'amputation sus-vaginale de l'utérus n'est pas une opération beaucoup plus grave que l'ablation des kystes de l'ovaire compliqués d'adhérences ; que cette opération est parfaitement justifiable, et que le chirurgien est autorisé à la tenter dans certaines circonstances, au même titre que l'ovariotomie. »

Dans un langage analogue, mais un peu moins affirmatif, M. Kœberlé déclare « qu'on ne doit pas rejeter ces sortes d'opérations et renoncer à l'extirpation des tumeurs insterstitielles de la matrice par la méthode sus-pubienne ».

Nous croyons, en effet, que l'hystérotomie ne mérite pas d'être systématiquement repoussée, comme elle l'a été jusqu'à présent par quelques chirurgiens timides ou malheureux ; mais nous estimons aussi qu'elle ne doit pas être conseillée témérairement et à la légère, et qu'elle ne doit être pratiquée que comme une ressource suprême, dans des cas exceptionnels, lorsqu'il y a des indications très-formelles ; enfin, lorsque la malade réclame instamment d'être débarrassée d'une tumeur fibreuse ou fibro-cystique qui occasionne des troubles profonds et persistants dans sa santé et met sa vie dans un péril évident.

I. — De l'impuissance ou inaptitude à la copulation.

L'impuissance ou l'inaptitude à la copulation reconnaît pour causes les anomalies congénitales ou accidentelles, tératologiques ou pathologiques de la vulve et du vagin.

L'absence complète de la vulve rend tout rapport sexuel impossible et constitue un cas d'impuissance incurable. C'est d'ailleurs un vice de conformation très-rare et qui s'accompagne toujours d'autres anomalies graves des organes internes de la génération.

Les adhérences des grandes et des petites lèvres, provenant de plaies, de brûlures, d'ulcérations, etc., opposent tantôt un obstacle, tantôt une simple gêne à la copulation, suivant qu'elles obstruent d'une manière complète ou incomplète l'orifice vulvaire. Il est facile, le plus souvent, de remédier à cette cause d'impuissance, en dilatant l'ouverture de la vulve ou en détruisant les adhérences.

L'hypertrophie des grandes ou des petites lèvres, l'excès de longueur du clitoris, n'empêchent pas les rapports conjugaux, mais ils peuvent les rendre difficiles. Il en est de même des abcès, des thrombus, des kystes et des diverses tumeurs vulvaires, des hernies du vagin, de la vessie et de l'utérus qui se font à travers la vulve.

Si le développement excessif des lèvres ou du clitoris apporte un obstacle réel à la copulation, on peut aisément le faire disparaître en pratiquant l'excision d'une partie de ces organes. Quant aux abcès, aux thrombus et aux kystes de la vulve, on doit leur appliquer le même traitement qu'aux tumeurs semblables développées dans d'autres régions.

On a signalé encore un genre d'obstruction vulvaire fort rare et consistant dans la présence d'une tumeur osseuse sur la symphyse pubienne. Il ne faut recourir, dans ce cas, à aucune opération chirurgicale ; on doit se borner à prescrire un traitement général, surtout s'il y a lieu de présumer que la tumeur est de nature syphilitique.

L'absence totale du vagin entraîne toujours et nécessairement l'impuissance ; cette anomalie est au-dessus des ressources de l'art. L'absence partielle ou incomplète ne produit qu'une inaptitude relative et passagère aux rapprochements conjugaux, soit parce que le vagin est suffisamment long pour permettre l'introduction d'une

pas une impossibilité absolue, un obstacle infranchissable; mais elle est une gêne et une source de douleurs pour les deux conjoints.

M. Roubaud conseille la section de la cloison lorsque la bifidité est incomplète et qu'elle n'est pas accompagnée d'un utérus bifide; mais quand la bifidité est complète, se prolonge jusqu'au col de l'utérus et pénètre dans cet organe, il est d'avis de s'abstenir et même de laisser subsister cet obstacle au coït, afin de prévenir les accidents ultérieurs que déterminerait à coup sûr une grossesse. Nous approuvons ce sage précepte; mais malheureusement la grossesse survient quelquefois malgré la persistance de la bifidité.

Lorsqu'il existe des communications anormales du vagin avec la vessie ou le rectum, soit par un arrêt de développement, soit par la destruction accidentelle des cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale, la copulation est toujours possible; mais on comprend le sentiment insurmontable de répugnance et de dégoût qu'elle doit inspirer avec une infirmité aussi repoussante. Néanmoins, quelques femmes ont été fécondées dans ces conditions, et l'accouchement s'est fait quelquefois par le rectum.

Les tumeurs sanguines, les abcès, les kystes et les polypes du vagin obstruent le libre passage de ce canal et rendent difficiles, quelquefois douloureux, les rapports sexuels. Mais l'obstacle qu'ils forment n'est que temporaire; car on peut le détruire soit par l'incision s'il s'agit d'un thrombus ou d'un abcès, soit par l'excision s'il s'agit d'un kyste ou d'un polype.

Les tumeurs constituées par la hernie de la vessie ou du rectum dans le vagin produisent une gêne d'autant plus grande pour le coït qu'elles sont plus volumineuses. La cystocèle et la rectocèle n'empêchent la copulation que lorsqu'ils ont acquis un développement excessif.

La déchirure du périnée, en agrandissant démesurément l'orifice vaginal, peut empêcher le liquide spermatique de séjourner dans le vagin et nuire ainsi à la fécondation ou même l'empêcher. Nous connaissons une dame qui, après avoir donné des preuves non équivoques de fécondité par trois grossesses successives et rapprochées, est restée stérile depuis l'âge de vingt-six ans, à la suite d'une déchirure et d'une destruction traumatique du périnée.

L'hyperesthésie inflammatoire qui accompagne la vaginite aiguë ne produit pas, à proprement parler, l'impuissance, mais elle amène généralement une inaptitude ou plutôt une répugnance momentanée

croyons-nous que la frigidité trouvera mieux sa place dans la partie de ce chapitre consacrée à la stérilité proprement dite.

II. — De l'infécondité ou inaptitude a l'imprégnation.

L'intégrité de la vulve et du vagin ne suffit pas pour l'accomplissement de l'acte de la procréation; il faut encore que le fluide séminal déposé dans le vagin pendant la copulation pénètre librement dans la cavité utérine, afin de se mettre en contact avec l'ovule et de le féconder. Cette rencontre et ce contact ne peuvent s'effectuer qu'à la condition que l'utérus et les trompes utérines soient perméables et normalement conformés, et que leur sécrétion physiologique ne présente aucune altération sous le rapport de la quantité ou de la qualité. Mais des anomalies ou des lésions diverses de ces organes interceptent quelquefois le libre passage du liquide spermatique ou de l'ovule, et empêchent l'imprégnation.

L'absence de l'utérus est un cas de stérilité absolue et incurable. Il en est de même des différents arrêts de développement de cet organe, désignés sous les noms d'utérus embryonnaire, utérus fœtal et infantile, utérus pubescent.

Certains vices de conformation de l'utérus, tels que l'imperforation, l'adhérence précoce des parois opposées de la muqueuse utérine, la bifidité, sont autant de conditions d'infécondité.

A côté de ces anomalies on peut ranger, au même titre, l'extirpation de l'utérus par une opération chirurgicale et l'oblitération complète de sa cavité à la suite de la gangrène.

Après l'accouchement et par l'effet d'un excès de travail d'évolution rétrograde, l'utérus peut s'atrophier dans sa totalité ou seulement dans un de ses segments, le col ou le corps. Lorsque l'atrophie partielle occupe le col utérin, la fécondation peut être difficile, mais elle est possible. Lorsqu'elle occupe le corps ou lorsqu'elle est totale, elle est une cause de stérilité, le plus souvent permanente, mais quelquefois passagère. Trop ancienne, elle est incurable; mais, d'origine récente, elle peut être guérie par l'emploi des toniques, des reconstituants, de l'hydrothérapie, des bains de mer, par les applications de l'électricité sur l'utérus, et par tous les moyens propres à exciter le mouvement nutritif de l'organe.

Déjà Lisfranc avait signalé la conicité du col utérin comme une

L'hypertrophie du col de l'utérus, par suite d'un engorgement simple ou d'un engorgement fibreux, peut être une cause de stérilité en diminuant le calibre de l'orifice utéro-vaginal. Que l'engorgement soit général ou partiel, qu'il occupe la totalité de l'organe ou une de ses parties, il n'en forme pas moins un obstacle ou une gêne à la fécondation. On peut détruire cette cause de stérilité, soit par les moyens propres à obtenir la résolution de l'engorgement, soit par la dilatation du conduit utérin, soit par l'incision de l'orifice utéro-vaginal.

Les fongosités et les excroissances développées autour de l'orifice du museau de tanche s'opposent quelquefois à l'entrée du liquide spermatique dans la cavité de l'utérus. Il est facile de détruire ces fongosités au moyen de l'excision suivie d'une cautérisation profonde, pratiquée de préférence avec le fer rouge.

L'oblitération congénitale du col utérin est une lésion très-rare, qui occupe tantôt l'orifice utéro-vaginal, tantôt le conduit utérin. Elle constitue une cause de stérilité, passagère ou permanente, suivant la nature, le siége et l'étendue de l'obstacle.

Quand cette oblitération est due à un prolongement de la membrane muqueuse du museau de tanche, et qu'elle ne porte que sur le méat de l'utérus, sous la forme d'un diaphragme membraneux, il est facile de lever cet obstacle en perforant la membrane obturatrice, en agrandissant l'ouverture et en la maintenant béante soit à l'aide de la cautérisation, soit par la dilatation avec une sonde ou un tube de laminaire. Il vaut mieux pratiquer cette opération dans la période intermenstruelle qu'au moment des règles.

Lorsque l'oblitération congénitale occupe le canal utérin et le rend complétement imperméable, la fécondation est impossible et la lésion incurable. L'établissement d'un conduit artificiel, proposé par quelques auteurs, nous paraît une entreprise trop dangereuse pour être tentée. D'ailleurs, cette anomalie s'accompagne presque toujours de l'absence ou d'un arrêt de développement du corps de l'utérus.

L'occlusion du museau de tanche peut être produite artificiellement par l'application prolongée ou abusive des cautérisations profondes, faites avec le cautère actuel, la potasse caustique, le nitrate acide de mercure ou l'azotate d'argent fondu. Cette occlusion, formée généralement par un tissu de cicatrice, dense et fibreux, est complète ou partielle ; elle peut ainsi devenir un obstacle réel

insérés sur les parois du conduit cervical, et des tumeurs fibreuses développées dans le tissu du col utérin et faisant saillie dans le canal.

Les difficultés et les retards apportés au passage du fluide spermatique par ces diverses lésions nécessitent le plus souvent une intervention chirurgicale, dont les résultats sont presque toujours efficaces et certains.

On aura recours pour les rétrécissements et les obstructions organiques aux diverses opérations (cathétérisme, dilatation graduelle, débridement, abrasion, extraction, excision) que nous avons décrites (page 364), en choisissant et en appliquant chaque procédé conformément aux indications et aux préceptes précédemment établis.

Dans les rétrécissements d'origine inflammatoire, on doit s'abstenir absolument du cathétérisme, de la dilatation et de toute opération chirurgicale, dont l'emploi ne ferait qu'aggraver la lésion. Ces sortes de rétrécissements doivent être traitées par des moyens purement médicaux, tels que les émollients, les calmants, et, s'il est nécessaire, les antiphlogistiques.

Les rétrécissements spasmodiques réclament surtout une médication propre à combattre à la fois l'état nerveux général et le spasme du col utérin, telle que nous l'avons exposée dans le traitement de la dysménorrhée spasmodique (page 926).

On a longtemps ignoré ou méconnu l'influence de la position et de la direction de l'utérus sur le phénomène de l'imprégnation. Mais depuis que l'exploration utérine est devenue plus précise par le triple concours du toucher, du spéculum et de l'hystérométrie, on a accordé à cette influence toute la portée qu'elle possède, et on a reconnu que la position et la direction vicieuses de l'utérus figurent parmi les causes les plus fréquentes d'infécondité chez la femme. Pour que le fluide séminal puisse passer facilement dans la cavité utérine, certains rapports d'opposition doivent exister, pendant le coït, entre l'extrémité de la verge et le museau de tanche. La condition la plus favorable est celle où l'ouverture de l'organe viril correspond directement à l'orifice utéro-vaginal; tel est généralement le cas où le col de l'utérus est dans l'axe du vagin. Cependant la fécondation peut encore s'accomplir lorsque l'utérus est dévié ou déplacé à un faible degré. Mais elle est très-difficile, souvent même impossible, lorsque le changement de position ou de direction atteint un degré considérable.

patronage de Lucrèce, de Mercurialis et de Bischoff, nous croyons qu'elle n'a jusqu'à présent d'autre valeur que celle d'une ingénieuse hypothèse, et qu'il serait difficile de l'établir sur des faits positifs.

Outre ces déplacements passagers et ces déviations temporaires, qui dépendent de l'extrême mobilité de l'utérus et qui se produisent principalement pendant le coït et sous son influence, il y a d'autres changements de situation et de direction de l'organe, indépendants de la copulation, durables ou même permanents, et que nous avons décrits (page 509) sous le nom de *Lésions mécaniques*. Ces lésions mécaniques apportent assez fréquemment, suivant leur degré, des difficultés ou des obstacles à la pénétration du sperme dans la cavité utérine.

L'élévation exagérée de l'utérus est une infirmité peu fréquente et rarement poussée au point d'empêcher la fécondation. Si cependant cette élévation était telle que le jet du liquide séminal ne pût atteindre le museau de tanche, il y aurait lieu de chercher à remédier à cet inconvénient par quelques moyens inoffensifs propres à faciliter l'abaissement de l'utérus : les exercices corporels, la marche, l'équitation, la gymnastique et la danse. On peut même recourir à la pression de haut en bas, continue et graduelle, de l'hypogastre avec une ceinture à pelotte mobile, toutes des fois que le déplacement de l'utérus en haut n'est pas dû à des brides ou à des adhérences péritonéales.

Les déplacements en bas de l'utérus exercent sur la fécondation une influence qui varie avec le degré de l'abaissement. Au premier degré l'abaissement, étant peu prononcé, constitue une condition plutôt favorable que nuisible à la fécondation. Dans le second degré, ou prolapsus, la copulation seule est gênée par l'utérus remplissant la presque totalité du vagin. Enfin, dans le troisième degré, lorsque l'utérus pend au dehors de la vulve, la conception est extrêmement difficile, mais elle peut s'effectuer encore, bien que la copulation paraisse impossible. Dans ce dernier cas, on doit toujours tenter la réduction; et, si l'utérus est réductible, le maintenir dans le vagin soit avec une éponge, soit de préférence avec un pessaire annulaire, qui peut être gardé pendant le coït.

Les propulsions ou déplacements de l'utérus en masse, soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés, n'entraînent l'infécondité que lorsqu'ils sont assez prononcés pour changer les rapports d'opposition du col de l'utérus avec l'extrémité du pénis, et pour em-

pêcher la semence de pénétrer dans
propulsion est causée par le raccourc
ou par des brides péritonéales, il fau
dans l'axe du vagin à l'aide de manœ
Si la propulsion est produite par ur
cation thérapeutique consiste dans l'
propriés à la nature de cette tumeur.

Les versions utérines, qui consi
bascule ou de renversement de l'ut
(*antéversion*), soit en arrière (*rétrover*
version), peuvent s'opposer à la fécon
à un degré suffisant pour altérer l
pénis avec le museau de tanche et en
séminal dans le conduit utérin.

On sait que la direction normale d
du bassin et que le degré de version
le sinus de l'angle qu'il forme avec l
si l'utérus se porte en avant ou en
n'est pas pour cela dans de mauvai
tion. Mais si son inclinaison s'éten
ou l'autre direction, sa position devi
difficile. A un degré plus avancé,
60 à 90 degrés et même davantage,

M. Roubaud a expliqué d'une man
ces changements de position font o
la rétroversion, lorsque le col de l
le pubis, l'éjaculation spermatique
vagin. Dans les latéroversions, le co
branche du pubis, la semence est d
du cul-de-sac vaginal. Dans l'antéve
non-seulement dévié de son axe, m
ture vers la concavité du sacrum, c
tralement opposé à celui de la pro
la fécondation plus difficile encore
versions.

Il n'est pas sans intérêt de conna
versions utérines interviennent co
empruntons à M. Sims la statistiq
Ses recherches portent sur 505 mal

deux catégories, suivant qu'elles n'avaient jamais eu d'enfants (*stérilité naturelle*), ou qu'après en avoir eu elles avaient cessé d'en avoir (*stérilité acquise*). La première catégorie comprend 250 cas, dans lesquels il a constaté 171 déplacements, dont 103 antéversions et 68 rétroversions. La seconde catégorie comprend 255 cas, dans lesquels il a trouvé 172 déplacements, dont 61 antéversions et 111 rétroversions. On voit par cette statistique que les déplacements utérins exercent une influence fâcheuse à peu près égale sur la conception dans les deux catégories de malades; on voit, en outre, que les deux tiers des femmes stériles sont atteintes d'une des formes de déplacement utérin sans égard à la cause particulière qui la produit, et que l'antéversion et la rétroversion, dans les deux catégories, sont en proportion inverse, l'antéversion prédominant dans la première catégorie, la rétroversion dans la seconde, et dans des rapports à peu près égaux.

Lorsque la déviation utérine est à un faible degré, les changements de direction imprimés à l'utérus pendant le coït par la position que prennent les conjoints, peuvent rétablir momentanément les rapports de la verge et du col utérin et rendre ainsi l'imprégnation facile, et dans ce cas l'intervention de l'art n'est pas nécessaire; on devra se borner à donner verbalement et discrètement au mari des instructions appropriées au genre de déplacement.

Quand la déviation atteint les dernières limites et qu'elle rend la fécondation impossible, on doit chercher à ramener l'utérus dans sa direction normale.

Les moyens thérapeutiques propres à obtenir ce résultat varient suivant que la version utérine est simple et essentielle, ou qu'elle est compliquée et liée à un état pathologique quelconque de l'utérus ou de ses annexes.

Si le déplacement de l'utérus est symptomatique et compliqué, il serait inutile et dangereux de commencer par le traitement mécanique. Il faut combattre d'abord, par des médications appropriées, les lésions diverses qui ont produit et qui entretiennent la déviation.

Ces lésions sont constituées tantôt par des brides péritonéales ou par des adhérences, tantôt par la rétraction ou le raccourcissement des ligaments utérins, tantôt par des engorgements ou des tumeurs développés dans l'utérus ou au dehors de cet organe, tantôt enfin par des phlegmasies péri-utérines. Nous insistons d'une manière spé-

diamètre vaginal et dont la longueur doit être suffisante pour embrasser la moitié du col utérin. On graisse le cylindre ainsi préparé, pour en faciliter le glissement, et on le conduit avec le doigt indicateur derrière le col dévié, de manière qu'il occupe l'espace compris entre le col et la paroi vaginale. L'éponge en se gonflant repousse le col, le rejette du côté opposé à la déviation et le ramène dans sa direction normale. Cette éponge, laissée en place pendant le coït, a réussi à rendre la fécondation possible chez plusieurs malades observées par M. Roubaud. Voici en quels termes l'auteur lui-même apprécie la valeur de ce moyen : « Palliatif momentané d'un déplacement utérin, l'éponge ne peut ni en éloigner la cause, ni s'y opposer d'une manière continue ; elle est d'un grand secours pour faire cesser la stérilité, mais complétement insuffisante pour guérir une déviation. »

Les moyens dont nous venons de parler sont particulièrement applicables aux versions utérines mobiles et facilement réductibles ; mais ils sont insuffisants lorsqu'il s'agit de remédier à des déviations résultant de la présence de brides, d'adhérences, ou de la rétraction des ligaments. Dans ces cas, on peut essayer de redresser l'utérus par des manœuvres douces et graduelles de réduction, qu'on pratique avec la sonde utérine ou l'hystéromètre de Simpson. Ces manœuvres consistent à se servir de la sonde comme d'un levier et à imprimer à l'organe un léger mouvement de bascule dans un sens opposé à celui du déplacement. Il faut avoir soin de n'introduire la sonde qu'à une très-courte distance dans la cavité utérine, à 1 ou 2 centimètres au plus au-dessus de l'orifice cervico-utérin. Les séances de cathétérisme doivent être de courte durée et répétées une ou deux fois par semaine. On ne doit jamais chercher à vaincre d'une manière brusque la résistance des tissus rétractés. La réduction doit toujours s'opérer d'une manière lente et progressive ; elle doit être suspendue à la moindre douleur. L'hyperesthésie de l'utérus et les complications inflammatoires utérines ou péri-utérines sont des contre-indications formelles à l'emploi de ce procédé.

Les flexions utérines peuvent, comme les versions, apporter un obstacle à la fécondation, mais par un mécanisme tout différent. Dans les versions où l'utérus est dévié en totalité, la stérilité est produite, comme nous l'avons vu, par la rupture des rapports de l'organe mâle avec le museau de tanche ; tandis que dans les flexions

métrorrhagies fréquentes qui s'opposent à la fixation et au développement du germe.

L'extraction du polype est l'unique moyen de détruire cette cause de stérilité.

La fécondation est compatible avec les fibromes utérins peu volumineux et développés dans les parois de l'organe ou à sa surface externe. On voit, dans ces conditions, beaucoup de femmes concevoir et arriver heureusement au terme de la grossesse. La conception est plus difficile et plus rare lorsque les fibromes ont acquis un plus gros volume, lorsqu'ils oblitèrent la cavité utérine ou qu'ils déterminent d'abondantes hémorrhagies. Elle est impossible quand le fibrome a pris de telles dimensions, que sa masse absorbe, pour ainsi dire, l'utérus lui-même. Cette cause de stérilité est tout à fait incurable; elle n'offre même pas, comme les polypes, la ressource de l'extirpation.

La congestion utérine, quand elle est intense, habituelle ou répétée, constitue une condition défavorable à la fécondation; elle est surtout une cause fréquente d'avortement ovulaire en s'opposant à la fixation et à l'évolution régulière du germe. Il faut combattre cette fâcheuse disposition par tous les moyens propres à empêcher, à diminuer ou à détourner le mouvement fluxionnaire de l'utérus. Ainsi agissent les manuluves sinapisés, les ventouses sèches appliquées sur les parties supérieures du corps et surtout les petites saignées révulsives après l'époque menstruelle, lorsque l'état des malades permet d'y recourir.

La métrite peut nuire à la fécondation soit par l'hypérémie exagérée de la muqueuse utérine, soit par la turgescence de la tunique interne et l'obstruction des orifices tubaires et des orifices cervico-utérin et utéro-vaginal.

L'hypérémie inflammatoire de la muqueuse utérine agit de la même manière que l'hypérémie congestive : elle empêche l'ovule de se greffer sur la membrane de l'utérus.

La turgescence de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-muqueux forme un obstacle au passage des animalcules spermatiques et à la migration de l'ovule lorsque la tuméfaction est portée au point de rétrécir ou d'effacer la cavité utérine et d'obstruer ses orifices.

Les productions membraneuses ou membraniformes, qu'on observe dans certaines formes de l'endométrite, s'opposent quel-

de la métrite, où l'on verra que les moyens thérapeutiques varient suivant la forme de la phlegmasie utérine, suivant ses périodes, suivant son siége, suivant ses produits sécrétoires ou organiques. Après avoir combattu l'élément inflammatoire, ce qui importe le plus, au point de vue de la fécondation, c'est de débarrasser la cavité utérine des reliquats phlegmasiques qui peuvent nuire par leur présence à l'imprégnation, tels que les mucosités surabondantes ou visqueuses, et les produits membraneux ou pseudo-membraneux.

Les moyens les plus usités dans ce but et les plus efficaces sont les cautérisations intra-utérines, avec le nitrate d'argent, la solution d'acide chromique, la teinture d'iode, etc.

Quand le mucus leucorrhéique est trop acide et peut tuer les spermatozoaires, on en neutralise l'action toxique au moyen d'injections vaginales légèrement alcalines (bicarbonate de soude, phosphate de soude), pratiquées un peu avant le rapprochement sexuel. On peut encore employer un tampon de coton humecté de glycérine contenant en dissolution 1 gramme de bicarbonate de soude pour 30 grammes. Ce tampon doit être maintenu dans le vagin pendant dix-huit ou vingt heures et retiré un peu avant le coït.

Les moyens thérapeutiques dirigés contre la métrite et ses variétés, ont souvent été suivis de la conception chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants ou qui, après en avoir eu, avaient cessé de concevoir.

Les hémorrhagies utérines ont une influence fâcheuse sur la conception, soit en empêchant le fluide séminal de pénétrer dans la cavité de l'utérus, soit en ne permettant pas à l'ovule de se greffer sur la membrane interne de cet organe, soit encore en arrêtant le développement du germe fécondé. Il est reconnu que les femmes sujettes aux métrorrhagies sont fréquemment stériles et très-disposées aux avortements.

Pour rendre la conception possible, il faut, par un traitement préventif, s'appliquer à détourner vers les extrémités supérieures le mouvement fluxionnaire et le molimen hémorrhagique qui s'opèrent vers les organes de la génération. Nous avons placé au premier rang de ces moyens les manuluves, les petites saignées révulsives, les ventouses sèches et les sinapismes, enfin les douches froides, conformément aux préceptes exposés dans le chapitre VI (page 988). Cette médication sagement appliquée nous a réussi le plus souvent

L'obscurité du diagnostic des lésions des trompes utérines entraîne les mêmes incertitudes dans la thérapeutique. Nous sommes réduits à employer le traitement des inflammations péri-utérines quand on observe les signes d'une inflammation dans le voisinage des trompes. Cependant Tyler Smith ayant soupçonné, chez une malade, une oblitération des trompes, entreprit d'en opérer la désobstruction au moyen du cathétérisme. Cette opération ne nous paraît pas devoir être tentée sur le vivant, à cause des difficultés extrêmes qu'on éprouve, sur le cadavre, à faire pénétrer une très-petite sonde dans les oviductes par leur orifice utérin.

Enfin, quelques auteurs ont admis, mais sans preuves suffisantes, que les trompes peuvent, dans certains cas, perdre une partie de leur contractilité et n'être plus aptes à saisir l'ovule et à effectuer son transport dans la cavité utérine. Lorsqu'on soupçonne l'existence de cette cause de stérilité, il faut relever les forces des malades par un traitement général tonique et analeptique, et exciter la contractilité des oviductes à l'aide des courants électriques.

III. — TROUBLES DE L'OVULATION, INAPTITUDE A LA GERMINATION, OU STÉRILITÉ PROPREMENT DITE.

Les ovaires sont les organes de l'ovulation; c'est dans leur tissu que se forme l'ovule, c'est-à-dire le germe fourni par la femme dans l'acte de la procréation. Un seul ovaire suffit pour l'accomplissement de cette fonction. L'intégrité des ovaires ou tout au moins d'un seul ovaire est donc une condition essentielle, indispensable à la reproduction. Toutes les lésions qui altèrent simultanément et profondément les deux organes empêchent le développement de l'ovule et sont autant de causes de stérilité absolue.

L'absence congénitale des deux ovaires, leur arrêt de développement ou leur état rudimentaire entraînent forcément le défaut d'ovulation et d'hémorrhagie menstruelle. Ce sont des causes irrémédiables de stérilité. Ces vices de conformation sont très-rares et très-difficiles à reconnaître par les moyens ordinaires d'exploration. On ne peut qu'en soupçonner l'existence par des anomalies correspondantes du vagin et de l'utérus et par l'absence des phénomènes menstruels.

La destruction accidentelle des ovaires par un travail phlegmasique

souvent des causes indirectes et passagères d'infécondité par l'état hypérémique qu'elles entretiennent dans les ovaires. Elles deviennent aussi des causes directes et permanentes de stérilité par les lésions qu'elles laissent à leur suite et qui nuisent d'une manière plus ou moins complète à la conception. Ces lésions consistent, soit en des tumeurs qui compriment ou déplacent les ovaires ou les trompes, soit en des brides ou des adhérences qui modifient les rapports de ces organes et empêchent ainsi la réception de l'ovule par le pavillon et sa descente dans l'utérus.

Les maladies des ovaires et les affections péri-utérines doivent être traitées par les moyens thérapeutiques que nous avons exposés en traçant l'histoire de ces états pathologiques. Au point de vue de la conservation et de l'intégrité des fonctions reproductrices, il importe de soigner ces maladies dès leur début, afin de prévenir les lésions organiques persistantes qu'elles laissent après elles, et qui, devenues rebelles à toutes les ressources de la thérapeutique, constituent une cause permanente de stérilité.

Causes générales de la stérilité. — Comme on le voit par ce long exposé, la majeure partie des causes de la stérilité proviennent de l'appareil génital; cependant, elles n'y résident pas toutes, et quelquefois il arrive que les investigations les plus attentives et les plus minutieuses ne parviennent pas à les y faire découvrir. On doit alors les chercher dans d'autres conditions physiologiques ou pathologiques de l'économie.

Rien de plus variable, de plus incertain, de plus obscur que l'influence de la constitution sur la fécondité; l'observation fournit à cet égard des faits tellement surprenants et tellement contradictoires qu'il n'est guère possible d'en déduire une règle ou une conclusion générale. Ainsi, on voit des femmes robustes, vigoureuses, pleines de force et de santé, être peu aptes à la fécondation ou même rester stériles, tandis que d'autres, petites et grêles, d'une constitution délicate, d'une apparence chétive, sont douées d'une aptitude remarquable à la conception. Néanmoins, on doit considérer, d'une manière générale, la faiblesse de la constitution comme une condition peu favorable à la fonction de la procréation; et sur ce point nous ne saurions partager l'opinion de Cabanis, qui prétend que la conception se fait plus facilement dans un état de faiblesse de la femme.

Les femmes d'un tempérament moyen, celles dont les systèmes

l'anémie et aux affections utérines; elles diminuent l'aptitude à devenir mères, souvent même elles endorment le sentiment ou plutôt l'instinct de la maternité. Tout semble, au contraire, favoriser la fécondité chez les femmes de la campagne, qui vivent au grand air, se livrent aux travaux des champs et trouvent dans une existence plus conforme aux lois de la nature, une source de force et de vitalité plus grandes. C'est à cette dernière cause aussi qu'on doit attribuer sans doute une fécondité plus grande chez les peuples à l'état primitif que chez les nations plus civilisées.

L'aptitude à la fécondation ne se manifeste pas au même âge chez tous les sujets. Si la plupart des femmes conçoivent dans les premières années qui suivent le mariage, quelques-unes, au contraire, restent stériles, sans cause appréciable, pendant cinq, dix, quinze ans et même au delà; puis, d'une manière toute spontanée, sans qu'aucune condition de l'existence ait été changée, et au moment où tout espoir de maternité semblait perdu, ces femmes deviennent aptes à la fécondation et donnent naissance à un ou à plusieurs enfants. Il convient d'ajouter, pour prévenir toute illusion, que cette fécondité tardive s'observe rarement.

Nous admettons, avec M. Roubaud, que les diathèses, soit congénitales, soit acquises, n'amènent jamais directement et par elles-mêmes la stérilité. Ainsi les femmes scrofuleuses, syphilitiques, cancéreuses, tuberculeuses, etc., ne sont pas nécessairement stériles; elles ne le deviennent que si une partie essentielle de l'appareil générateur est envahie par une lésion ou une production morbide due à la diathèse et qui s'oppose mécaniquement à la fécondation, soit en obstruant les conduits, soit en détruisant les organes. Cependant la diathèse syphilitique, tout en n'empêchant pas la fécondation, exerce une influence toxique sur le produit de la conception, dont elle arrête le développement à une période plus ou moins avancée de la grossesse.

Dans l'anémie et dans la chlorose, la fonction de la reproduction est languissante, comme toutes les autres fonctions de l'organisme. Cette faiblesse se manifeste généralement par des troubles et des irrégularités dans la menstruation et par le peu d'aptitude des anémiques et des chlorotiques à la conception. Les indications thérapeutiques varient dans ce cas suivant que la chlorose et l'anémie sont simples et qu'elles sont les causes uniques de la stérilité, ouqu'elles sont compliquées d'un état secondaire de congestion passive de

l'absence des autres phénomènes locaux ou généraux de l'ovulation, c'est-à-dire lorsque la fonction principale et nécessaire des ovaires est supprimée.

Le défaut ou la suppression du flux menstruel, bien que compatible avec la fécondation, n'en est pas moins une condition peu favorable à l'accomplissement de cet acte. Aussi est-il utile de recourir, dans ces circonstances, à l'emploi des moyens qui ont pour but et pour effet de rappeler et d'activer les menstrues, tels que nous les avons longuement exposés à l'occasion de l'aménorrhée.

Nous n'avons rien à ajouter de spécial concernant l'influence de la dysménorrhée sur la stérilité. Ce sujet rentre dans ce qui a été dit à propos des troubles ou des obstacles que les lésions de l'utérus apportent à la menstruation et par suite à la fécondation.

Eu égard à la menstruation, toutes les époques ne sont pas également propices à la fécondation. Dans sa théorie de l'ovulation spontanée, Pouchet enseigne que la conception ne peut s'opérer que du premier au douzième jour qui suivent les règles, et que jamais elle n'a lieu après cette époque. D'où il résulterait que la femme serait sujette à une sorte de stérilité passagère depuis le treizième jour des règles jusqu'à l'époque menstruelle suivante. Des faits certains cités par R. Wagner, Leuckart et Raciborski, et d'autres que tous les médecins ont pu observer, tendent à démontrer que la théorie de Pouchet est trop absolue et souffre d'assez nombreuses exceptions. Nous croyons donc que la fécondation peut s'opérer vers le milieu de la période inter-menstruelle ; mais nous admettons, conformément à la doctrine de Pouchet, que la période la plus propice à la conception est celle qui s'étend du premier au douzième jour qui suivent les règles. Cette période, en effet, correspond à la descente et à la fixation de l'ovule dans l'utérus.

Influence des excès vénériens. — L'abus du coït, les excès vénériens, exercent une influence fâcheuse sur la fécondation. Les rapports sexuels trop multipliés émoussent la sensibilité des organes génitaux, amènent un état congestif habituel dans l'utérus et les ovaires et produisent une excitation continuelle et nuisible au travail régulier de la fécondation. Ce qui vient surtout à l'appui de cette assertion, c'est que d'après les statistiques de Parent du Châtelet, la stérilité est très-commune chez les femmes livrées à la prostitution. Le libertinage éteint si complétement chez ces

dité en produisant, par l'absence des sensations voluptueuses, une sorte d'inertie de l'utérus et en empêchant les contractions et les mouvements synergiques que cet organe exécute pendant le coït, et qui ont pour effet de favoriser la réception et l'ascension du liquide spermatique.

L'étiologie de la frigidité est encore entourée d'obscurité. Cependant M. Roubaud cherche à la rattacher à cinq ordres de causes principales : la frigidité *naturelle* ou par vices de conformation, consistant dans l'absence ou l'atrophie des agents de la sensibilité génitale, clitoris et glandes bulbaires; la frigidité *idiopathique*, résultant de la paralysie ou du peu de sensibilité de ces organes; la frigidité *symptomatique*, liée soit à un état physiologique (l'âge, la constitution, le tempérament), soit à un état pathologique général (névroses, épilepsie, hystérie, catalepsie, etc.,) ou local (toutes les lésions des organes sexuels capables d'émousser ou d'anéantir la sensibilité génitale); la frigidité *consécutive*, qu'on observe quelquefois à la suite de l'accouchement, des excès vénériens, des excès alcooliques, de l'ingestion des stupéfiants, des anesthésiques, des narcotiques et en particulier de l'opium; enfin la frigidité *sympathique*, qui serait mieux nommée *antipathique* ou *morale*, et qui reconnaît pour cause l'antipathie profonde ou la répulsion irrésistible qu'un époux inspire à sa femme. Les mariages mal assortis sont la source ordinaire de ce genre de frigidité, qui peut avoir pour l'avenir les conséquences les plus fâcheuses. On a vu des femmes, mariées dans ces conditions, rester stériles pendant toute la durée de leur premier mariage et devenir fécondes à la suite d'un second mariage plus conforme à leurs goûts.

De la fécondation artificielle. — Lorsqu'après un examen très-attentif et des investigations réitérées, on ne découvre aucune lésion capable d'expliquer la stérilité, ou lorsque la cause de la stérilité réside uniquement dans une direction anormale du col de l'utérus, peut-on et doit-on recourir à la ressource extrême de la fécondation artificielle?

C'est Swammerdam d'abord et Rœsel ensuite qui, dans le courant du siècle dernier, conçurent l'idée de tenter la fécondation artificielle sur les animaux; leurs expériences n'eurent aucun succès.

Vers la fin du même siècle, Spallanzani réussit à féconder artificiellement des amphibies, des ovipares et des vivipares. Il parvint

être tentée encore dans certains cas déterminés, et sur la demande expresse des époux.

Bien que nous ne soyons pas partisans de cette opération, nous croyons devoir donner une description succincte du procédé suivi par M. Sims.

Il faut s'assurer d'abord que le liquide spermatique est parfaitement normal et qu'il ne peut pas pénétrer dans l'utérus par la voie naturelle. Ce liquide, déposé préalablement dans le vagin par le mari, est immédiatement aspiré par l'opérateur à l'aide d'une seringue analogue à celle de Pravaz et injecté dans le conduit cervical de l'utérus, à la dose d'une demi-goutte à une goutte. M. Roubaud a fait construire par M. Mathieu un instrument de précision qui, en même temps, aspire le sperme et le projette dans la cavité utérine. L'opération est ainsi réduite à un seul coup de piston, et l'instrument n'est pas changé de place.

Nous croyons répondre au sentiment général en disant de la fécondation artificielle dans l'espèce humaine qu'elle exige des manœuvres qui répugnent à nos mœurs, et qu'elle n'offre, en compensation, que de bien faibles chances de réussite. Aussi doutons-nous qu'elle entre jamais dans le domaine de la chirurgie utérine.

Il va sans dire que si l'on ne trouve chez la femme aucune cause de stérilité, il faut rechercher s'il n'existe pas chez l'homme quelques lésions locales ou générales auxquelles on puisse l'attribuer.

PREMIÈRE SÉRIE

OBSERVATIONS DE MÉTRITE INTERNE CHRONIQUE

Observation I.

Métrite interne. — Antéflexion. — Douleurs névralgiques symptomatiques. — Cathétérisme utérin. — Cautérisation intra-utérine. — Cautérisation transcurrente. — Calmants. — Bains. — Repos. — Guérison.

Madame Duv..., âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution assez bonne, mais très-débilitée par la souffrance, était malade depuis cinq ans, à la suite d'une couche. Elle ressentait de vives douleurs dans le bas-ventre, des deux côtés; ses règles étaient douloureuses, et elle perdait abondamment en blanc. Depuis deux mois et demi, ses souffrances avaient acquis le plus haut degré d'intensité et revenaient chaque jour, par crises violentes, qui quelquefois même se répétaient à plusieurs reprises dans la journée. Malgré l'emploi des bains, des calmants, du repos, des injections, les accidents n'avaient fait que s'aggraver de plus en plus.

M. le docteur Beylard, qui lui donnait des soins, me fit appeler en consultation, le 11 janvier 1857. Voici dans quel état je trouvai la malade. Elle était pâle, décolorée; un bruit de souffle se faisait entendre dans les carotides; elle offrait, en un mot, tous les symptômes de la chloro-anémie. Sa physionomie exprimait la tristesse, l'abattement; le ventre était un peu gonflé, tendu, d'une sensibilité extrême des deux côtés. Le toucher vaginal fut très-douloureux par suite de l'extrême sensibilité des parois du vagin. L'utérus était en antéflexion, un peu abaissé et très-sensible à la pression. Des douleurs très-vives se faisaient sentir de chaque côté, au niveau des ligaments larges, qui n'offraient aucune trace d'engorgement. Ces douleurs s'irradiaient de la région utérine dans les reins et dans les cuisses. Des matières blanches, analogues à du blanc d'œuf, s'écoulaient par la vulve. Garderobes douloureuses et envie très-fréquente d'uriner.

Vu au spéculum, le col était rouge, injecté, baigné de mucosités abondantes provenant de l'orifice utéro-vaginal.

La pression sur les points douloureux du bas-ventre provoquait des élancements pénibles dans les côtes et les bras, et la pression de ces régions

retentissait à son tour dans le bas-v
digestions un peu difficiles; pas de fiè

Le cathétérisme fut pratiqué immé
leurs, qui, au moment où la sond
devinrent plus intenses que celles qu
règles. Quatre jours après, le cathé
mais il se fit facilement et ne fut pas

Le 17 janvier, frappé du caractère
par la malade, je fis sur le bas-ventre
perficielle avec le fer rouge, qui amen
pratiquai, avec le porte-caustique de
utérine, qui fut suivie, le jour mêm
avance de dix jours. Des souffrances
cautérisation et persistèrent pendant
tions de chloroforme; pilules d'opium
roformés; lavements émollients.

Le 4 février, huit jours après la ces
sation intra-utérine; mêmes accident
main, cautérisation transcurrente sup
suprà. — Amélioration rapide. Dimin

Le 12 février, troisième cautérisatio
portée que les précédentes. — Bains.

Le 18, les règles se montrent avec
leucorrhée est moins abondante.

Dans les premiers jours de mars,
intra-utérine, suivie de douleurs passa

A dater de cette époque, l'état de la
l'utérus perd peu à peu sa sensibilit
sans souffrance; la leucorrhée est r
insignifiant; les douleurs névralgique
bres disparaissent pour toujours; l'ap
blissent; la malade reprend des forces
ans la guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION II.

Métrite interne. — Antéflexion. — Douleurs lombo-ovariques à gauche. — Gastralgie. — Émissions sanguines. — Cathétérisme utérin. — Cautérisation transcurrente. — Calmants. — Guérison.

Madame Th.... (de Châtillon), âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin-nerveux et d'une bonne constitution, me fit appeler au mois de mai 1856. Depuis quatorze ans elle perdait en blanc et souffrait dans le bas-ventre, surtout à gauche. Elle avait consulté plusieurs médecins, qui lui avaient conseillé des bains, des injections vaginales, et, en outre, lui avaient fait un grand nombre de cautérisations sur le col de la matrice avec le nitrate d'argent fondu. Ces divers moyens n'avaient été suivis d'aucun soulagement.

Jusque dans ces derniers temps, les douleurs s'étaient montrées peu intenses; mais depuis quelques mois elles avaient acquis une grande violence, surtout à l'époque des règles. Les digestions sont difficiles, accompagnées d'éructations gazeuses et d'aigreurs, parfois même de vomissements. L'appétit est capricieux, les garderobes rares, pénibles et quelquefois très-douloureuses. Il existe un sentiment continuel de pesanteur dans le bas-ventre et de tiraillement dans les reins.

L'utérus est en antéflexion. Le col, peu développé et conique, dirigé dans l'axe du vagin et un peu abaissé. Le corps, fléchi en avant sur le col, est placé derrière le pubis, un peu incliné à gauche, douloureux à la pression. On ne découvre aucune trace d'engorgement dans les ligaments larges. Au spéculum, le museau de tanche est rouge, injecté, baigné par un liquide visqueux et analogue à du blanc d'œuf.

Je cautérisai le col de l'utérus avec le nitrate d'argent, et, quoique la malade fût plus souffrante après cette première opération, je la répétai trois fois à huit jours d'intervalle. Les douleurs devinrent de plus en plus vives. Je cessai les cautérisations. Deux saignées de 100 grammes à dix jours de distance, bains, cataplasmes, nourriture légère et repos absolu. Diminution des souffrances.

Vers la fin de mai, je pratiquai le cathétérisme utérin, qui fut très-douloureux, surtout au moment où la sonde franchit l'orifice cervico-utérin; aussi, en vue de prévenir les accidents inflammatoires, je fis immédiatement une saignée de 150 grammes. Quatre jours après, une nouvelle saignée fut pratiquée. Je revins au cathétérisme utérin, qui offrit moins de difficultés et fut moins douloureux que la première fois.

En juin, je fis appliquer des vés
un grand soulagement. Vers la fin
malgré mes conseils, continuait à se
lui prise de douleurs très-aiguës dans
espace intermittent. L'exagération de
nouilles que la moindre pression arr
pression était pénible, la face plombée
quent. Je pratiquai alors la cautérisati
opération eut un plein succès, et la
disparurent comme par enchantem
la malade dans les meilleures conditi
tent, ne ressentait plus aucune souffra

A dater de ce jour, et malgré une
femme Th.... n'a plus éprouvé jamais de
régulièrement et sans souffrance, et
nulles.

Au bout de quelques mois, la mal
qu'elle est accouchée heureusement.

Depuis lors elle continue de bien se

OBSERVATI

**Métrite interne. — Douleurs lombo
version. — Cathétérisme utérin
Repos. — Cautérisations intra-u**

Camille Bioche, âgée de vingt-huit
salle Saint-Charles, n° 28, le 31 octob
ans, régulièrement, et n'a pas eu d'en
dans le bas-ventre à gauche, et perd en
rendent les souffrances plus vives. Le
d'une recrudescence des douleurs. La m
dins, qui lui prescrivit des toniques, une
sans s'occuper de l'affection utérine.
soulagement, la malade alla consulter
l'utérus avec la sonde de Simpson. Le
tous les trois jours, pendant deux mois :
vin de quinquina, pilules de Vallet, bic
tions avec l'eau de feuilles de noyer. Le
minué, ainsi que les douleurs.

Deux mois après, les accidents reparurent avec une nouvelle intensité, et la malade vint réclamer mes soins.

État actuel : Pâleur chloro-anémique; embonpoint ordinaire; aucun trouble des fonctions digestives. Écoulement par le vagin de matières semblables à du blanc d'œuf; douleurs dans le bas-ventre à gauche, dans les reins, dans le flanc gauche et dans la fesse du même côté : sentiment de pesanteur dans les lombes; tiraillements dans les reins. Aucune douleur à droite. Utérus abaissé et en rétroflexion; il est douloureux à la pression, ainsi que le ligament large gauche. Nulle trace d'engorgement péri-utérin. Le cathétérisme de la matrice est douloureux, surtout au niveau de l'orifice cervico-utérin. La sonde pénètre à 7 centimètres et demi.

Cette opération est suivie de vives douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, d'un accroissement de la sensibilité de l'utérus; le col est devenu plus rouge, plus engorgé, et on sent des battements artériels plus intenses; les pertes blanches ont augmenté; en outre, la malade éprouve un sentiment de malaise général plus prononcé : repos, bains, calmants, régime doux; deux saignées du bras de 125 grammes chacune, à quelques jours d'intervalle. Soulagement très-marqué et persistant. Au bout d'un mois, tous les accidents avaient disparu.

Mais la malade fut reprise de douleurs à la suite d'une vive frayeur, et elle se décida à entrer dans ma division, le 31 octobre 1855. Il y avait déjà une grande amélioration dans son état : elle ne ressentait presque plus d'élancements dans les reins. Au bout de huit jours, je trouvai le col moins rouge et moins engorgé que la première fois. Il s'écoulait par l'orifice utérin une matière muqueuse, transparente comme du blanc d'œuf. Je portai dans le col, puis dans la cavité du corps de l'utérus, un pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent : cette opération amena un léger écoulement de sang. La douleur ne persista que quelques heures : j'insistai d'ailleurs sur les calmants et sur les boissons émollientes. La malade continua à aller de mieux en mieux. Je répétai quatre fois la même cautérisation, et chaque fois la malade n'accusa que peu de souffrances. Enfin, le vendredi 7 décembre, je pratiquai la cautérisation intra-utérine avec le porte-caustique de Lallemand, sans provoquer ni d'écoulement sanguin, ni beaucoup de douleur : le lendemain, la malade déclara être bien soulagée. Les pertes blanches diminuèrent de plus en plus; et le 11 décembre elle quitta l'hôpital, parfaitement guérie.

J'ai eu l'occasion de revoir cette malade le 28 juillet 1857, et j'ai constaté que la guérison s'est très-bien maintenue.

Le museau de tanche était fortement hypérémié; l'orifice utéro-vaginal, assez étroit, donnait issue à un liquide visqueux, transparent, analogue au blanc d'œuf, et caractéristique d'une métrite interne. Le conduit utérin ne pouvait admettre que la petite sonde de Simpson, qui provoqua des douleurs très-vives, en franchissant l'orifice cervico-utérin. Les règles s'accompagnaient de douleurs expulsives et de crises nerveuses d'une grande violence. Miction pénible, garderobes douloureuses, constipation habituelle, peu d'appétit, digestions difficiles; quelquefois vomissements; pas de fièvre; pâleur des traits, maigreur prononcée, diminution des forces.

Je portai le diagnostic suivant : 1° métrite interne; 2° exaltation de la sensibilité de l'utérus et de ses annexes; 3° névralgies sympathiques et symptomatiques dans différentes régions du corps; 4° rétroversion de la matrice.

J'eus recours au traitement suivant : 1° trois saignées générales de 50 à 60 grammes; 2° inhalations de chloroforme; 3° cataplasmes chloroformés et laudanisés sur le bas-ventre et bains entiers; 4° régime sévère.

Sous l'influence de ces moyens, l'hyperesthésie des organes génitaux diminua au point que je pus bientôt pratiquer le cathétérisme utérin sans trop de souffrance. L'introduction de la sonde étant insuffisante pour dilater le conduit utérin, je pratiquai à plusieurs reprises le débridement du col, qui fut toujours suivi d'un soulagement marqué. Plus tard je me servis de l'éponge préparée.

Au bout de deux mois, lorsque l'exaltation de la sensibilité utérine fut dissipée et le canal utérin suffisamment dilaté, je prévins la malade que j'allais commencer le traitement direct de la métrite interne; mais elle s'y refusa obstinément.

En vue de combattre les douleurs névralgiques des reins, des cuisses, et des parois thoraciques, je pratiquai deux ou trois fois la cautérisation transcurrente superficielle avec le fer rouge; mais ce fut en vain : preuve bien évidente que ces douleurs étaient sympathiquement liées à la métrite interne.

La malade sortit, sur sa demande, dans un état d'amélioration très-notable.

OBSERVATIO

**Métrite interne chronique du col et
la matrice. — Chloro-anémie. — D
matiques. — Émissions sanguines.
transcurrente. — Pas de traitem
Guérison.**

Mademoiselle Fleur..., âgée de dix-
phatique, d'une constitution délicate, v
jours de novembre 1855.

A l'âge de quatorze ans elle eut ses r
de douleurs dans le bas-ventre, très-i
temps après, elle eut une leucorrhée a
et des digestions difficiles.

Mademoiselle Fleur... avait déjà su
surtout dans l'emploi des toniques et de
dents n'avaient fait que s'aggraver.

Lorsque je vis la malade, elle était
vait dans le bas-ventre, et surtout à gau
dans les reins, dans les flancs et dans
dans le dos, et dans les espaces interco
à l'époque menstruelle, au point de d
règles étaient suivies de pertes blanche

L'intégrité de l'hymen ne me perm
l'exploration directe ; toutefois l'ensem
çonner l'existence d'une métrite intern
sensibilité de l'utérus, spécialement d
mon diagnostic : 1° sur la présence d'un
blanc d'œuf ; 2° sur les douleurs expul
du sang menstruel ou des matières con

La malade était tellement faible que
aux émissions sanguines. J'essayai d'ab
de chloro anémie, et les accidents ga
je vis les souffrances et la leucorrhée s
je ne reculai plus devant l'emploi de
triompher de la métrite interne.

Par le toucher rectal, je m'assurai q
péri-utérin et que l'utérus était en rétr

Les deux premières saignées (de 45 à 50 gr.), pratiquées à quinze jours d'intervalle, furent suivies immédiatement d'un soulagement de courte durée, auquel succéda une exacerbation des douleurs. — Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; lavements calmants; manuluves sinapisés; régime sévère.

Le 10 décembre : apparition des règles; crises nerveuses d'une grande violence; douleurs excessives, se généralisant dans tous les membres. — Narcotiques et calmants; applications de chloroforme *intus et extra*.

Deux jours après la cessation des règles, saignée de 45 grammes : soulagement passager; puis, applications répétées de ventouses, soit sèches, soit scarifiées, sur les fesses et sur les reins, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Les émissions sanguines, tant locales que générales, n'amenaient qu'un amendement de courte durée, qui était suivi de souffrances plus vives qu'auparavant.

Au bout de six semaines, l'état de la malade semblait s'être fort aggravé. Le ventre était tendu comme dans la péritonite; des nausées et des vomissements fréquents rendaient impossible l'ingestion des aliments et des boissons; les garderobes et la miction étaient très-douloureuses; les crises nerveuses se succédaient jour et nuit presque sans interruption; l'hyperesthésie était tellement grande que la malade ne pouvait exécuter le plus petit mouvement sans pousser des cris. Plus tard, la peau devint insensible sur presque toute la surface du corps; mais les muscles conservèrent une extrême sensibilité.

Tous les moyens usités en pareil cas, anesthésiques, opiacés, antispasmodiques, ne procurèrent aucun soulagement. Pendant deux mois, mademoiselle Fleur... ne prit que du bouillon froid et de la glace.

Je fis alors, sur les cuisses et sur le ventre, une cautérisation transcurrente superficielle, qui amena, dans ces parties, une diminution passagère des douleurs. Deux autres cautérisations transcurrentes de la peau, pratiquées à huit jours de distance, produisirent un grand soulagement.

La quatrième et dernière cautérisation transcurrente, pratiquée vingt jours après la précédente, fut suivie d'un succès complet. Les douleurs diminuèrent aussitôt, et la malade put soulever les jambes, que depuis trois mois elle n'osait ni ne pouvait mouvoir.

A dater de cette époque, sans le secours d'aucune médication, l'appétit est revenu, les forces se sont relevées, les règles ont cessé d'être douloureuses, et les pertes blanches ont presque entièrement disparu.

tions, et entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet. Bains de siége froids (deux par jour, d'une demi-heure chacun); introduction, dans le vagin, de quelques fragments de glace. La malade se trouva d'abord un peu mieux, mais l'amélioration ne fut pas de longue durée; il y eut bientôt une recrudescence des douleurs dans les reins et le bas-ventre; les règles se supprimèrent tout à fait. Plus tard, en vue de rappeler le flux menstruel, on eut recours aux bains de pieds, aux applications de sangsues à la vulve, aux boissons amères, aux ferrugineux, à une alimentation substantielle, et on conseilla à la malade de prendre de l'exercice. Celle-ci suivit exactement ces prescriptions, à l'exception, toutefois, de la marche, que les souffrances rendaient impossible. Ce traitement n'ayant eu aucun succès, et même les souffrances allant toujours croissant, on fit trois cautérisations du col de la matrice avec le nitrate d'argent; ces cautérisations amenèrent une recrudescence des douleurs. On essaya alors de remédier au déplacement de l'utérus, et, dans ce but, d'après les indications de M. Briquet, un pessaire à air fut appliqué par M. Gariel lui-même. La présence de cet instrument fut bientôt suivie de douleurs intenses qui obligèrent de le retirer au bout de sept jours. Après un traitement de quatre mois, la malade, souffrant de plus en plus, malgré les moyens précédents et d'autres encore, tels que : pilules de valériane, de belladone, d'opium, de mica panis, etc., etc., quitta l'hôpital dans un état moins satisfaisant qu'au moment de son entrée. Un mois après sa sortie, elle entra dans ma division, et voici dans quel état je la trouvai, le 8 novembre 1854 :

Rien, dans sa physionomie, ne traduisait ses souffrances; son teint était assez coloré : peu ou pas d'altération de la nutrition générale; langue humide, d'une couleur naturelle, appétit conservé, digestions bonnes, seulement douleurs d'estomac une demi-heure après les repas; en un mot, la plupart des fonctions s'accomplissaient régulièrement; mais la malade éprouvait profondément, dans le bas-ventre, des douleurs, qui s'irradiaient dans les reins, dans la hanche et dans la jambe du côté gauche. La vulve et le vagin étaient le siége d'une grande exaltation de la sensibilité; le col utérin était petit, conique et un peu abaissé. Dans le ligament large gauche, il existait un noyau d'engorgement du volume d'une noix, très-sensible à la pression. Leucorrhée abondante; mucosités utérines analogues à du blanc d'œuf. Aménorrhée depuis trois mois; garderobes douloureuses; pas de fièvre.

Du 9 au 22 novembre : saignée de 125 grammes, 15 sangsues, une application de ventouses scarifiées, un vésicatoire sur le bas-ventre; cau-

ment, et les fonctions de l'utérus s'accomplirent avec plus de régularité.

Du 22 août au 10 novembre : cinq cautérisations intra-utérines avec le porte-caustique de Lallemand; deux applications de ventouses scarifiées; deux vésicatoires sur le bas-ventre : bains, calmants, etc., pour combattre les effets immédiats de la cautérisation. L'état de la malade va s'améliorant; et, après avoir été soumise, pendant près de trois mois, aux ferrugineux, aux toniques et à un régime réparateur, elle est sortie entièrement guérie, le 27 novembre 1855. La malade étant affectée d'une antéflexion très-prononcée avec un peu d'abaissement de l'utérus, je lui conseillai l'usage d'une ceinture hypogastrique avec pelote périnéale.

Des faits renfermés dans cette première série, et d'un grand nombre d'autres analogues, que l'espace ne nous permet pas de citer, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

I. La métrite interne chronique est beaucoup plus commune qu'on ne le croit généralement.

II. Cette affection n'est pas seulement propre aux femmes mariées ou ayant eu des enfants; mais on l'observe aussi chez des femmes nullipares et chez des filles vierges (*obs.* III, V, VI).

III. La leucorrhée provenant de la cavité utérine n'est pas un flux catarrhal, une simple lésion de sécrétion, comme l'admettent la plupart des médecins; mais elle se rattache, sans contredit, à un état phlegmasique de la muqueuse; elle est un phénomène constant de métrite interne, ainsi que nous l'avons avancé dans nos généralités; elle cède aux mêmes moyens que la phlegmasie utérine, qui en est la source.

IV. Non-seulement la métrite interne chronique se traduit par des signes locaux, tels que : douleurs, leucorrhée, dysménorrhée, etc.; mais encore elle donne lieu très-souvent à des phénomènes éloignés, à des troubles sympathiques de l'estomac ou du système nerveux (*obs.* I, II, IV, V).

V. La métrite interne est rarement simple; elle se complique assez souvent soit des phénomènes sympathiques dont nous venons de parler, soit d'une autre lésion de l'utérus ou de ses annexes (déviations, rétrécissements du conduit utérin, hystéralgie, métrite parenchymateuse, métrite granuleuse du col, phlegmasies péri-utérines, vaginite, etc.)

VI. On a beaucoup exagéré, dans ces derniers temps surtout, l'importance de quelques-unes de ces complications, telles que les

dans ceux où les artères utérines battent avec force et présentent un grand surcroît de volume (*obs.* III, IV, V).

7° Le traitement local et direct suffit et peut être employé seul et d'emblée, lorsque la métrite interne affecte une forme franchement chronique, qu'elle ne présente qu'un faible degré, et qu'elle n'est point compliquée de phlegmasie péri-utérine (*obs.* I, IV, X).

IX. Dans les cas de métrite interne chronique compliquée de névralgie utérine, il est quelquefois avantageux de pratiquer le cathétérisme utérin, avant de cautériser la muqueuse utérine, afin d'émousser la sensibilité de cette membrane (*obs.* I, III, VI).

X. Dans les cas de métrite interne compliquée de rétrécissement du conduit utérin, il faut préalablement détruire la coarctation, soit par l'introduction de sondes graduées, soit même par le débridement, s'il est nécessaire (*obs.* III, IV, VI).

XI. Dans les cas compliqués de déviation utérine, il est toujours inutile, et très-souvent dangereux, de chercher à redresser l'utérus par des moyens mécaniques : redresseurs intra-utérins, pessaires vaginaux (*obs.* III, IV, IV). Nous ne saurions trop le répéter, la métrite interne est la lésion principale; c'est elle seule qu'il faut combattre. Dans la grande majorité des cas, nous avons traité la métrite interne sans nous préoccuper de la déviation utérine; et les malades ont guéri parfaitement, malgré la persistance de la lésion mécanique.

XII. Ce que nous venons de dire des déviations utérines pourrait s'appliquer aux lésions superficielles du museau de tanche, décrites sous les noms de métrite externe, *granuleuse* et *ulcéreuse*. Souvent nous avons vu des granulations ou des ulcérations du col utérin céder au traitement de la métrite interne, tandis qu'elles avaient résisté à un traitement direct longtemps prolongé, à des cautérisations énergiques et répétées. Dans les cas de ce genre, la lésion du museau de tanche est déterminée et entretenue par le contact des matières qui s'écoulent de la cavité utérine. Il est clair que pour la guérir, il faut d'abord combattre la métrite interne, qui est la source de cet écoulement (*obs.* IV, VI).

XIII. Quant aux complications éloignées, telles que dyspepsie, accidents gastralgiques, crises nerveuses, paralysies, etc., elles ne peuvent disparaître aussi qu'à la condition d'avoir triomphé au préalable de la métrite interne, dont elles procèdent (*obs.* I, IV, V).

Diminution des pertes blanches, mais persistance de l'engorgement.

Cependant, depuis lors, la malade n'a pas cessé de souffrir dans le côté gauche, particulièrement à l'époque des règles; et chaque année elle éprouvait une ou deux recrudescences inflammatoires qui cédaient à l'emploi des antiphlogistiques.

Dans la suite, les érosions et les granulations du col ayant reparu, je les cautérisai de nouveau; mais je fus obligé de renoncer aux cautérisations, en raison des accidents inflammatoires dont elles étaient chaque fois suivies.

En 1848, deux ans après avoir commencé mes recherches sur les tumeurs phlegmoneuses des ligaments larges, je soupçonnai que les souffrances opiniâtres que la malade ressentait dans le bas-ventre, depuis quinze ans, pouvaient bien dépendre d'une affection de cette nature. Ayant exploré soigneusement l'utérus et ses annexes, je ne tardai pas à reconnaître que la grosseur qui remplissait la cavité pelvienne n'était point, comme je l'avais supposé d'abord, formée uniquement par l'utérus engorgé, mais qu'elle était constituée en grande partie par une tumeur développée en dehors de cet organe, dans le ligament large du côté gauche et dans la cloison recto-utérine. Cette tumeur, qu'un sillon séparait de l'utérus, était adhérente à la paroi du bassin; une artère du calibre de la radiale se faisait sentir à sa base, au fond du cul-de-sac vaginal. Rien de semblable n'existait à droite.

La matrice était portée en antéversion.

L'utérus et la tumeur étaient douloureux à la pression, et les douleurs s'irradiaient dans le flanc gauche et sur le trajet du nerf sciatique du même côté.

Envies fréquentes d'uriner; miction difficile, douloureuse. Sentiment de pesanteur dans le bas-ventre; faiblesse des membres inférieurs, plus prononcée à gauche qu'à droite; marche pénible; station debout difficile. Phénomènes gastralgiques peu intenses; digestions assez bonnes. Embonpoint conservé; diminution des forces.

Malgré l'ancienneté de la maladie, je crus devoir mettre en usage les moyens qui m'avaient déjà réussi souvent dans des cas analogues: — émissions sanguines générales et locales; vésicatoires volants; bains; régime peu substantiel; repos absolu; iodure de potassium; pommade d'iodure de plomb.

Au bout de six mois de traitement et après vingt saignées de 60 à 90 grammes, quatre applications de ventouses scarifiées, soit sur les

lombes, soit sur l'abdomen, la tumeur péri-utérine avait complétement disparu, ainsi que les douleurs du bas-ventre.

Sous l'influence d'un régime substantiel, madame Crit... ne tarda pas à recouvrer ses forces. Les règles devinrent moins douloureuses, mais les pertes blanches persistèrent, à un moindre degré, il est vrai.

L'état de la malade resta le même pendant deux ans. Puis tout à coup, sous l'influences de vives émotions morales et à la suite de grandes fatigues physiques, les douleurs se réveillèrent du côté gauche de l'hypogastre, la leucorrhée reparut avec son abondance primitive, les règles s'accompagnèrent de nouveau de grandes souffrances : en un mot, une recrudescence venait d'éclater. Ne trouvant pas la raison de cette rechute dans l'engorgement péri-utérin qui ne s'était pas reproduit, et tenant compte, en outre, de la nature des douleurs utérines qui étaient expulsives, je fus naturellement conduit à rattacher ces nouveaux *accidents* à la métrite interne.

Je revins alors aux émissions sanguines. Mais je n'osai pas attaquer directement la métrite interne et je me contentai de la médication générale : aussi, après huit mois de traitement, n'ai-je obtenu qu'une guérison imparfaite : la leucorrhée a beaucoup diminué, les règles sont devenues plus régulières et moins douloureuses; la malade a pu reprendre sans inconvénients ses occupations habituelles; et depuis onze ans, l'amélioration ne s'est pas démentie. Cependant, madame Crit... souffre encore de temps en temps du côté gauche de l'abdomen. Une ou deux saignées par an suffisent pour maintenir l'amélioration et empêcher le retour de nouveaux accidents.

Cette observation nous semble devoir prouver :

1° Qu'il y a eu primitivement, une erreur de diagnostic et qu'il a dû exister dès le principe un engorgement inflammatoire *péri-utérin* en même temps que tous les symptômes d'une métro-péritonite. La fixité de la douleur à gauche ne peut laisser à cet égard aucun doute dans notre esprit;

2° De quelle importance il eût été de reconnaître dès l'origine l'engorgement péri-utérin, en vue d'instituer un traitement plus convenable;

3° Que le traitement proposé et adopté par Lisfranc contre la métrite chronique est demeuré insuffisant contre l'engorgement péri-utérin;

4° Que la phlegmasie péri-utérine, après dix ou quinze ans de durée, peut encore être combattue avec succès, à l'aide d'un traitement approprié;

5° Que le traitement si efficace contre l'engorgement péri-utérin est parfois insuffisant contre la métrite interne, qui réclame l'emploi de moyens directs, et en particulier de topiques substitutifs;

6° Que les cautérisations dirigées contre la métrite externe du col sont impuissantes ou même nuisibles, alors que cette affection se complique de métrite interne et d'un engorgement péri-utérin : d'où le précepte de s'abstenir de ces cautérisations, quand il existe quelqu'une de ces complications ;

7° Que la phlegmasie péri-utérine exerce une influence très-grande sur la localisation de la douleur de la métrite interne, de telle sorte que, si la métrite persiste, la douleur concomitante reste fixée encore au même endroit, c'est-à-dire dans le lieu même occupé par l'engorgement inflammatoire, malgré la disparition de la tumeur péri-utérine.

Observation VIII.

Phlegmasie péri-utérine chronique à droite. — Métrite interne. — Antéversion de la matrice. — Dyspepsie. — Émissions sanguines. — Calmants. — Bains. — Régime sévère. — Guérison.

Madame Vign..., âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique-sanguin, d'une assez bonne constitution, vint réclamer mes soins au mois de février 1841. Accouchement il y a un an ; et, depuis cette époque : douleurs plus ou moins intenses dans le bas-ventre, principalement à droite ; pertes blanches abondantes, règles douloureuses, digestions difficiles ; et, consécutivement, amaigrissement et diminution remarquable des forces. En raison du siége des douleurs, mon attention se porta de suite du côté des organes génitaux; mais l'excessive sensibilité des parois vaginales ne me permit pas de faire un examen aussi complet que je le désirais. Je constatai seulement l'existence d'une vaginite et d'un engorgement inflammatoire du col et du corps de l'utérus. — Cataplasmes émollients et calmants, injections vaginales adoucissantes, bains souvent répétés à l'eau de son, repos absolu et alimentation appropriée aux forces digestives de l'estomac.

Six mois après l'emploi de ces moyens, amélioration. Lisfranc, appelé

Au mois de février 1850, madame Vign... revint à Paris, et réclama mes conseils. Soupçonnant alors que la persistance des douleurs n'était pas due seulement à la métrite, j'explorai de nouveau l'utérus et ses annexes, et, comme je l'avais prévu, je trouvai dans le ligament large du côté droit une tumeur dure, solide, non fluctuante, adhérente à l'utérus et à la paroi du bassin. Cette tumeur était douloureuse à la moindre pression; un sillon distinct la séparait de l'utérus; une artère du volume de la radiale rampait à sa base. Les douleurs accusées par la malade s'irradiaient dans la hanche, dans les reins et dans la cuisse du même côté, et elles étaient accompagnées de la sensation d'une chaleur brûlante.

Rien de semblable ne se rencontrait à gauche.

En vue de combattre l'engorgement péri-utérin, j'eus recours au traitement suivant : douze saignées du bras de 60 à 90 grammes, dix applications de ventouses scarifiées (45 à 60 grammes), quatre vésicatoires volants, cataplasmes émollients, grands bains à l'eau de son, repos absolu, régime sévère.

Au bout de six mois, la tumeur péri-utérine avait complétement disparu; les pertes blanches avaient beaucoup diminué, et les douleurs du bas-ventre ne se faisaient plus sentir.

Depuis ce dernier traitement, dont nous croyons inutile d'indiquer tous les effets, madame Vign... habite constamment la campagne, et elle y jouit d'une bonne santé.

Observation IX.

Phlegmasie péri-utérine chronique à gauche. — Chloro-anémie. — Antéversion. — Émissions sanguines. — Vésicatoires. — Bains. — Calmants, etc. — Guérison.

Chassaignac (Denise), âgée de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une constitution assez forte, réglée à dix-huit ans, est accouchée à l'âge de vingt ans. Depuis cette époque, elle a toujours été souffrante, et elle n'a pas cessé de perdre en blanc. Elle entra en 1847 à l'hôpital Cochin, dans mon service.

Le bas-ventre était très-douloureux; l'utérus un peu engorgé et en antéversion. Il existait une petite tumeur dans le ligament large du côté gauche, et elle paraissait avoir pour siége l'ovaire. La constipation était

habituelle; les règles douloureuses; enfin la malade présentait tous les symptômes de la chloro-anémie.

Je me bornai à combattre la chlorose, à l'aide des préparations ferrugineuses, sans oser recourir aux émissions sanguines. Au bout de six semaines, la malade quitta l'hôpital sans aucune amélioration du côté de l'utérus.

Elle rentra dans ma division en 1848. Depuis un an, ses règles étaient peu abondantes et peu colorées. Les douleurs du bas-ventre étaient devenues très-vives, surtout aux époques menstruelles; la tumeur péri-utérine avait augmenté de moitié. Je n'hésitai plus alors à attaquer l'engorgement péri-utérin par les émissions sanguines, malgré la constitution chloro-anémique de la malade. — Saignée de 60 grammes, suivie d'une diminution marquée des douleurs pelviennes; lavements et purgatifs, calmants, repos; nourriture peu substantielle.

Douze jours plus tard, nouvelle saignée de 60 grammes. A la fin de la semaine, les règles apparurent avec assez d'abondance et durèrent pendant trois jours. Retour de l'appétit, constipation opiniâtre qui nécessite l'emploi fréquent des purgatifs.

L'année suivante, 1849, la malade revint, pour la troisième fois, à l'hôpital. L'engorgement péri-utérin avait considérablement augmenté et avait envahi le tissu cellulaire rétro-utérin et le ligament large *du côté* droit. — Dans l'espace de sept mois : vingt saignées de 50 à 60 grammes, dix applications de ventouses scarifiées ou de sangsues, six vésicatoires volants sur la fosse iliaque gauche, et, comme moyens adjuvants : bains, cataplasmes, repos absolu, alimentation peu substantielle. Le soulagement se manifesta rapidement, et les douleurs perdirent toute l'intensité qu'elles avaient reprise. La tumeur diminua sensiblement de volume, et *elle finit* par disparaître entièrement.

Depuis lors, la malade a toujours joui d'une excellente santé, et aucun accident n'est venu troubler la guérison. Sous l'influence *d'un régime* tonique, tous les signes de la chloro-anémie ont disparu.

Observation X.

Phlegmasie péri-utérine à gauche et en arrière, entre l'utérus et le rectum. — Antéversion. — Métrite interne. — Abaissement de la matrice. — Émissions sanguines. — Révulsifs. — Calmants. — Guérison.

Madame Rue...., âgée de trente-six ans, douée d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, fut réglée à seize ans et demi et

mariée à vingt-deux ans. A vingt-sept ans, elle ressentit tout à coup, sans cause connue, les premiers symptômes de l'affection dont je vais tracer l'histoire.

Des douleurs se manifestèrent dans le bas-ventre du côté gauche, et presque en même temps apparurent des pertes blanches. Un peu plus tard les règles s'accompagnèrent de souffrances insolites. Depuis lors la malade n'a pas cessé de souffrir plus ou moins.

Pendant deux ans elle ne suivit aucun traitement; puis, d'après les conseils de son médecin ordinaire, elle prit des bains, des lavements, des boissons amères, et fit quelques injections vaginales, soit émollientes, soit astringentes. Sous l'influence de ces moyens, les accidents diminuèrent.

Plusieurs années s'écoulèrent ainsi; puis, les douleurs s'étant accrues dans le courant de l'année, la malade consulta un éminent chirurgien qui, s'attachant surtout à combattre l'abaissement de l'utérus et la leucorrhée, conseilla une ceinture hypogastrique, des injections vaginales avec une décoction de roses de Provins dans du gros vin.

Les douleurs ne firent qu'augmenter, et, au bout de quinze jours, madame Rue.... fut obligée de renoncer à ce traitement.

Enfin, au mois de juin 1850, au moment où la malade, découragée, commençait à désespérer de sa guérison, elle vint me consulter, et je la trouvai dans l'état suivant :

Rien dans son extérieur ne trahissait les souffrances qu'elle éprouvait; elle avait conservé de l'embonpoint et de la fraîcheur. En l'interrogeant avec soin, j'appris qu'elle souffrait depuis longtemps dans le bas-ventre, et je procédai à l'examen des organes génitaux. L'utérus était abaissé, le col dirigé en arrière et un peu augmenté de volume, l'orifice utéro-vaginal arrondi et d'un diamètre étroit, le corps incliné en avant et un peu engorgé. A gauche de la matrice existait une tumeur volumineuse, solide; sensible à la pression, parcourue par une artère grosse comme les deux tiers de la radiale. Cette tumeur passait derrière l'utérus, adhérait à sa paroi postérieure, à son côté gauche et à la paroi du bassin; elle s'élevait un peu au-dessus du détroit supérieur du bassin.

Pertes blanches abondantes, analogues à du blanc d'œuf. Douleurs lombo-ovariques à gauche; engourdissements dans la jambe du même côté.

Après quatre mois de traitement (8 saignées de 100 à 125 gr.; cataplasmes émollients; bains; repos; régime sévère), il y eut une amélioration très-grande : l'engorgement péri-utérin avait diminué de moitié;

La malade entre dans mon service, à l'hôpital Cochin, en octobre 1850. *État actuel:* pâleur de la face, altération des traits, amaigrissement marqué, douleurs dans le bas-ventre à gauche, s'irradiant dans les flancs, les reins, les cuisses et la vulve. Utérus augmenté de volume et en antéversion au 3e degré, dilatation de l'orifice utéro-vaginal. A gauche, au fond du cul-de-sac vaginal, tumeur très-volumineuse, solide, non fluctuante, douloureuse à la pression, adhérente à la paroi de l'utérus et à celle du bassin, se prolongeant en arrière entre l'utérus et le rectum, s'avançant jusque dans le ligament large du côté droit, et dépassant le pubis de quatre travers de doigt, parcourue enfin, inférieurement, par une artère du volume de la radiale.

Diminution de l'appétit, digestions difficiles, garderobes douloureuses, envies d'uriner fréquentes; pertes blanches abondantes; règles douloureuses et suivies de crises violentes. En outre, tous les signes de la chloro-anémie.

Traitement. — Vingt-deux saignées (de 80 à 90 gr.), et dix fois les ventouses, dans l'espace de huit mois; alimentation modérée, repos absolu; émollients et calmants; bains, une ou deux fois par semaine.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs diminuèrent peu à peu, tout en présentant, aux époques menstruelles, des recrudescences qui furent combattues avec succès par la saignée. Vers le quatrième mois du traitement, plusieurs vésicatoires sur le bas-ventre produisirent de très-bons effets. La tumeur diminua peu à peu de volume, et, au bout de huit mois, la malade sortit en voie de guérison. La tumeur était réduite au volume d'une noix et ne se prolongeait plus entre l'utérus et le rectum. La malade continua chez elle l'iodure de potassium, que je lui prescrivais depuis quelques semaines à la dose de 50 centigrammes, et plus tard je constatai que la tumeur avait complétement disparu.

Plusieurs mois après la disparition de la tumeur, je combattis la métrite parenchymateuse du col à l'aide de la potasse caustique de Filhos. Deux cautérisations suffirent pour en obtenir la guérison.

A dater de ce moment, les pertes blanches devinrent beaucoup moins abondantes et les règles cessèrent d'être douloureuses. La malade, soumise à un régime réconfortant, ne tarda pas à recouvrer ses forces et son embonpoint. Je l'ai revue au bout de neuf ans, et jamais la guérison ne s'est démentie.

Saignée de 100 grammes, émollients, calmants, bains; quelques laxatifs.

Ces médications soulagèrent la malade; mais, en raison de l'ancienneté de son affection, je ne crus pas devoir tenter un traitement curatif.

On comprend pourquoi la maladie de madame Clau.... s'est montrée rebelle aux divers moyens employés soit par Lisfranc, soit par Pauli. L'amputation du col de la matrice, la cautérisation utérine, ne pouvaient avoir aucun succès.

Ce fait prouve qu'un diagnostic incertain conduit à une thérapeutique vague, incertaine aussi, et que, si la guérison s'obtient, elle est un effet du hasard.

Ainsi j'ai pu retrouver, au bout de trente ans, la lésion qui a été, à mon avis, la cause de tous les accidents.

Nul doute que, si cette lésion eût été reconnue par Lisfranc, il eût eu recours à un mode de traitement tout différent, qui aurait, sans aucun doute, amené de meilleurs résultats.

Observation XIII.

Phlegmasie péri-utérine chronique à gauche et dans le tissu cellulaire rétro-utérin. — Engorgement du col et du corps de l'utérus. — Antéversion. — Émissions sanguines. — Cataplasmes. — Iodure de potassium. — Repos. — Manuluves. — Régime sévère. Guérison.

Madame Div..., âgée de quarante-huit ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, mère de trois enfants, habituellement bien réglée, jouissait en apparence d'une bonne santé. Cependant elle éprouvait, depuis une douzaine d'années, des douleurs dans le bas-ventre, du côté gauche; mais, jusqu'au mois de janvier 1850, ces douleurs ne revinrent qu'à des intervalles assez éloignés, et ne l'obligèrent pas à garder le repos.

Au mois de janvier 1850, madame Div... fut prise tout à coup de tous les symptômes d'une métropéritonite aiguë, qui céda, au bout d'un mois, à l'emploi des émissions sanguines, des onctions mercurielles, etc. Mais la malade continua de souffrir dans le bas-ventre, du côté gauche, et, vers le mois de mai, les douleurs s'accrurent et se répandirent dans la cuisse gauche. Madame Div... consulta Chomel, qui lui conseilla des bains de Plombières artificiels. Un mois après, en juin, la malade souf-

règles vinrent à l'époque habituelle et sans douleur. Plus de souffrances dans le bas-ventre ni dans la jambe gauche; plus de pertes blanches. La tumeur avait complétement disparu.

J'ai administré, à plusieurs reprises, l'iodure de potassium, mais j'ai été obligé, chaque fois, d'en suspendre l'usage, parce que cette médication était suivie d'une exacerbation des douleurs.

Depuis le mois d'août 1851, après un an de traitement, la guérison s'est maintenue. La malade a traversé l'âge critique sans accidents; elle a aujourd'hui soixante-treize ans, et jouit d'une excellente santé.

Observation XIV.

Phlegmasie péri-utérine chronique à gauche. — Antéversion de la matrice. — Insuccès du redresseur de Simpson. — Émissions sanguines. — Calmants. — Bains. — Guérison.

Ferron (Louise), âgée de trente-trois ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin-nerveux et impressionnable à l'excès, a été réglée à dix-neuf ans : elle a eu deux enfants; le premier à vingt-deux ans, le deuxième à vingt-quatre ans et demi. Elle rapporte l'origine de sa maladie à une fausse couche qui remonte à six ans. Les douleurs se sont montrées dans le bas-ventre, du côté gauche, et en même temps dans la région de l'estomac. La malade fut traitée successivement par Velpeau (sangsues et larges vésicatoires à l'hypogastre); par Robert (deux saignées, trois ou quatre applications de ventouses scarifiées, bains sulfureux, une cautérisation de l'utérus); et par Huguier (sangsues et cautère sur le bas-ventre); le tout sans succès. Enfin elle a été soignée à Beaujon et à la Pitié par Valleix, pendant huit mois, à partir d'octobre 1851; la malade a porté le redresseur intra-utérin de Simpson soixante-dix jours, à huit reprises différentes. L'application de cet instrument était suivie chaque fois d'une aggravation des accidents, de douleurs plus vives et de métrorrhagie.

Ayant eu l'occasion d'examiner cette malade avec Valleix, je reconnus un engorgement péri-utérin, et j'affirmai que le redresseur serait impuissant à amener la guérison. En effet, des accidents nouveaux ne tardèrent pas à se manifester avec une telle intensité, qu'il fallut les combattre par des moyens énergiques (sangsues, vésicatoires). Au bout d'un mois, la malade souffrant de plus en plus, réclama sa sortie et vint, à quelque temps de là, dans ma division.

Observation XV.

Phlegmasie péri-utérine chronique. — Métrite interne du col et du corps. — Engorgement de l'utérus. — Antéversion. — Émissions sanguines. — Émollients. — Vésicatoires. — Bains. — Iodure de potassium. — Repos absolu et régime sévère. — Cautérisations intra-utérines. — Guérison.

Madame Bond..., âgée de quarante-cinq ans, a eu deux enfants, dont le plus jeune avait vingt-deux ans à l'époque où elle réclama mes soins. Elle est d'une constitution peu forte, d'un tempérament lymphatique et nerveux. Depuis longtemps, dix ans au moins, elle est sujette à des douleurs dans le bas-ventre ; elle a des pertes blanches et de la dysménorrhée. Peu à peu ces accidents ont augmenté au point de rendre les mouvements et la progression pénibles, les garderobes difficiles, etc.

Le 15 juillet 1852, le docteur Laudibert m'adressa madame Bond... Indépendamment des symptômes précités, je trouvai la région hypogastrique tendue et très-sensible au niveau de la fosse iliaque gauche ; on y sentait une tumeur s'élevant à gauche jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et à droite jusqu'à quatre travers de doigt seulement ; vers le milieu, elle dépassait le pubis de 6 ou 7 centimètres.

Par le toucher vaginal, je retrouvai la même tumeur occupant les deux ligaments larges et la cloison rétro-utérine. De chaque côté et en arrière, elle refoulait le cul-de-sac du vagin presque jusqu'au niveau du museau de tanche ; de toutes parts elle adhérait à la paroi du bassin et à l'utérus, qui n'était libre que par sa face antérieure, et qu'elle repoussait contre le pubis et un peu au-dessus du détroit supérieur. Cette tumeur présentait partout une consistance presque aussi ferme que celle des corps fibreux ; elle était peu sensible à la pression. De chaque côté, une artère volumineuse rampait à sa surface inférieure, celle du côté gauche plus grosse que celle du côté droit. La malade sentait battre ces artères dans la région utérine.

Les douleurs que madame Bond... éprouvait dans le bas-ventre s'irradiaient dans les flancs, les hanches, les jambes et surtout la cuisse gauche. Les membres étaient tous un peu engourdis et plus faibles qu'autrefois. Du reste, pas de fièvre, pas de bruit de souffle dans les troncs vasculaires du cou.

Malgré l'ancienneté de la tumeur, malgré sa consistance solide et

made d'iodure de plomb; lavements et légers laxatifs; alimentation graduelle.

Sous l'influence de ces moyens, l'engorgement péri-utérin disparut à droite en huit mois, et à gauche, en quatorze mois, et depuis lors la guérison s'est maintenue.

La matrice était encore volumineuse et en antéversion.

L'année suivante, je pratiquai sept ou huit cautérisations intra-utérines avec le nitrate d'argent; mais il ne m'a pas été possible de faire cesser complétement les symptômes de la métrite interne. Toutefois la leucorrhée avait beaucoup diminué, et les règles n'étaient plus douloureuses. La malade se trouvait bien sous tous les autres rapports.

Observation XVI.

Phlegmasie péri-utérine chronique. — Métrite interne. — Traitement antiphlogistique. — Bains. — Calmants. — Vésicatoires. — Iodure de potassium. — Guérison.

La nommée X..., trente-huit ans, tempérament sanguin-bilieux, forte constitution, entre à la Pitié dans e mois de mars 1853. Habituellement bien réglée, mère de trois enfants.

Depuis sa dernière couche, qui date de six ans, cette femme souffre dans le bas-ventre, surtout à gauche, et perd beaucoup en blanc. Pendant les trois dernières années, elle a été soumise par M. Ricord au traitement suivant : injections émollientes et astringentes; cautérisations multipliées du col utérin; régime fortifiant; amers et ferrugineux.

La malade souffre de plus en plus et continue d'avoir une leucorrhée abondante.

D'après les conseils de M. Ricord u.-même, a malade vint réclamer mes soins.

Elle se plaignait des douleurs signalées plus haut. Je trouvai dans le ligament large gauche une tumeur solide, du volume d'un œuf de poule, adhérente à l'utérus et à la paroi du bassin, envoyant un petit prolongement derrière la matrice et remontant jusqu'au niveau du pubis. Une artère ayant le tiers du volume de la radiale rampait à la face inférieure de la tumeur et se rendait au col utérin.

Le côté droit était sain.

L'écoulement leucorrhéique était muco-purulent; le col de la matrice

combien il m'a a été difficile d'arriver à la solution des différentes questions qui se rattachent à l'histoire nosologique du phlegmon péri-utérin. C'est pour mieux faire ressortir aux yeux du lecteur ces difficultés, que j'ai cru devoir rapporter les observations de cette série dans l'ordre chronologique. Les premiers faits témoignent des incertitudes, des hésitations du début, ainsi que de la timidité thérapeutique qui était la conséquence de ces doutes. On verra, par exemple, dans les observations VII, VIII et IX, que ce n'est qu'après plusieurs années d'un traitement infructueux que je me suis décidé à instituer une médication plus active et plus efficace, arrêté que j'étais d'abord, soit par l'incertitude du diagnostic dans certains cas, soit par les conditions générales des malades, et principalement par l'état chloro-anémique.

III. Le phlegmon péri-utérin chronique est une affection très-commune. On le désigne aujourd'hui sous le nom plus général de phlegmasie ou inflammation péri-utérine, dénomination dont je me suis servi moi-même depuis longtemps.

IV. Souvent l'engorgement péri-utérin se développe spontanément et hors de l'état puerpéral (*obs.* IX et X).

V. Il peut se montrer non-seulement chez les femmes mariées, mais encore chez les jeunes filles vierges.

VI. Il est très-rarement simple. Dans l'immense majorité des cas il est compliqué, soit d'une lésion de l'utérus (métrite interne, déviation, etc.), soit de divers accidents nerveux (névralgies, hystérie, paralysies, entérite glaireuse, etc.), ainsi que le prouvent la plupart des observations précédentes et toutes celles de la troisième série.

VII. L'engorgement péri-utérin chronique reste habituellement stationnaire pendant de longues années. Abandonné à lui-même, il n'a de tendance ni à suppurer, ni à se terminer par résolution (*obs.* VII [quinze ans], VIII [neuf ans], IX [quinze ans], XII [trente ans]).

VII. Cette affection réclame d'abord l'emploi des émissions sanguines, proportionnées à la force des sujets, à l'étendue de la lésion, à son ancienneté et au développement des artères qui alimentent la tumeur.

L'état chloro-anémique n'est pas une contre-indication formelle du traitement antiphlogistique. Seulement il est essentiel de n'employer les saignées qu'à très-petite dose, de manière à pro-

plus en plus malade, entra à la Charité, dans le service de Cruveilhier, et y resta six semaines, pendant lesquelles elle subit le traitement suivant : vésicatoires sur la région épigastrique ; potions calmantes ; glace à l'intérieur ; diète. Les vomissements ont diminué ; mais les douleurs du bas-ventre ont augmenté et même ont envahi toute l'étendue de l'abdomen. Des réparations dans la salle forcèrent la malade d'entrer chez M. Piorry, où elle resta quinze jours. Ce médecin la traita pour un engorgement de la rate et pour une affection du cœur (six vésicatoires morphinés ; bains de pieds sinapisés tous les jours ; eau de Spa). Du service de M. Piorry, la malade passa dans la division de M. Briquet, et y resta deux mois. Tous les jours on lui appliqua des sinapismes sur le dos, le ventre et l'estomac. Elle prenait chaque matin un verre d'eau de chaux pour combattre les aigreurs qui suivaient les repas. Les règles venant difficilement, on pratiqua la faradisation des organes génitaux. Cette médication, sans remédier à la dysménorrhée, détermina dans ces organes des douleurs qui ont persisté jusqu'à présent. Il survint en outre des étouffements nerveux, se reproduisant par crises trois ou quatre fois par jour ; on les combattit par les opiacés et les boissons froides.

La malade se sentant un peu soulagée, sortit au bout de deux mois ; mais elle ne tarda pas à être reprise des mêmes accidents. Cinq mois après, elle rentra chez M. Briquet, présentant la même série de symptômes que la première fois.

Les douleurs névralgiques, qui occupaient particulièrement la région abdominale, furent combattues tour à tour par des vésicatoires, des sinapismes, des bains presque froids ; l'usage des ferrugineux, des préparations de belladone ; la faradisation, et en dernier lieu, les compresses de chloroforme, qui seules soulagèrent un peu la malade.

Elle quitta l'hôpital et put reprendre ses travaux pendant quelque temps.

En 1853, elle prit des bains de mer qui la soulagèrent beaucoup. Puis, en raison de la dysménorrhée, on lui prescrivit des fumigations locales aromatiques et des infusions d'armoise ; le tout sans résultat.

Le 27 février 1855, elle entra de nouveau dans le service de Cruveilhier : douleurs excessives dans le ventre et dans la jambe gauche, progression difficile, claudication. Deux fois des ventouses scarifiées dans le dos, deux fois sur les reins ; une fois les sangsues sur le côté gauche du ventre ; sept vésicatoires sur l'abdomen, le dos et l'estomac ; peu de soulagement. Au bout de quatre mois, la malade sort de l'hôpital. Mais les douleurs devinrent bientôt assez intenses pour rendre la marche

persiste, mais la métrite interne est moins intense; l'utérus est toujours incliné à gauche et en avant. Cathétérisme; douleurs vives pendant l'opération; la sonde pénètre à 7 centimètres. Pendant la journée, applications de chloroforme et de ventouses scarifiées. Le 11, la malade n'éprouve plus qu'un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre, mais la marche est devenue plus difficile qu'avant le cathétérisme.

Le toucher vaginal provoque toujours des souffrances excessives; on emploie le chloroforme, et pour la première fois on pratique la cautérisation transcurrente sur le ventre et sur la cuisse gauche. Dès le 17, la marche est beaucoup plus facile; une deuxième cautérisation transcurrente est pratiquée sur les reins, les lombes et l'hypogastre. Le lendemain la pression ne réveille pas de douleurs. La malade est assez bien jusqu'au 22, où les règles viennent, presque sans souffrance. Rien de remarquable ne se passe pendant un mois, jusqu'au 20 octobre, époque où le flux menstruel apparaît de nouveau : l'état général s'est amélioré; la marche est de plus en plus facile. Pourtant le 24 octobre, des crises assez fortes surviennent, accompagnées de douleurs dans le ventre, à l'épigastre et dans les cuisses. Vésicatoire volant; inhalations de chloroforme. Les accidents disparaissent et le mieux se soutient jusqu'au 6 novembre. A cette époque, on pratique de nouveau le cathétérisme; le passage de la sonde est plus facile; on constate encore l'existence de l'antéflexion. Il n'existe plus de douleur que sur la partie médiane du bas-ventre, où l'on applique un vésicatoire volant.

La sensibilité du vagin étant moins prononcée, examen au spéculum; vaginite; rougeur et granulations du col de la matrice : cautérisation du col utérin et de la muqueuse vaginale avec le nitrate d'argent. — Le 15 novembre, les menstrues se montrent sans douleurs et durent quatre jours; il ne reste plus qu'une hyperesthésie légère dans les parties génitales externes. — Le 19, nouvelle cautérisation de l'intérieur du col et du vagin. Le 30, en raison de l'ancienneté de la leucorrhée et de l'écoulement sanguin produit par chaque cautérisation, je crus devoir appliquer la curette de Récamier, qui détermina des douleurs assez vives et ramena cinq ou six granulations. Le lendemain, la malade a perdu beaucoup de sang; cependant elle a peu souffert et elle marche facilement. Jusqu'au 10, elle va bien et les pertes blanches ont diminué. Le 10, nouvelle application de la curette, qui ne ramène plus de granulations. Les règles viennent sans souffrances le 15 décembre; la malade se trouve très-bien.

Le 21, le toucher vaginal ne provoque plus de douleurs qu'à la vulve;

A la fin de janvier 1855, madame Bul... vint me consulter. Je trouvai un engorgement dans le ligament large du côté gauche. Cet engorgement, douloureux à la pression, formait une tumeur grosse comme une petite orange, accolée à l'utérus et adhérente à la paroi du bassin, dont elle dépassait le détroit supérieur; elle était solide, lisse, et ne présentait aucune trace de fluctuation. L'utérus était en antéflexion, et de plus on trouvait tous les symptômes de la métrite interne.

Avant de songer à combattre cette dernière affection, il était nécessaire de faire disparaître la tumeur péri-utérine. En conséquence, je conseillai à la malade l'emploi des antiphlogistiques, des cataplasmes émollients, des bains et des injections vaginales.

Dès son retour à Troyes, madame Bul... commença le traitement sous la direction de son médecin ordinaire, conformément à mes prescriptions. Trois semaines après, il y avait déjà un soulagement marqué, lorsque le médecin crut devoir apporter quelques modifications au traitement. Il cautérisa prématurément à plusieurs reprises le col de l'utérus, et les douleurs du bas-ventre ne tardèrent pas à reparaître avec une plus grande intensité.

Un autre médecin fut appelé et suivit pendant quelque temps avec une grande exactitude toutes mes indications. Puis, de son propre mouvement, il institua une médication tonique. La malade, soumise à ce régime, perdit en peu de temps le bien qu'elle avait gagné, et toutes les souffrances reparurent. Au bout de trois mois, cet honorable praticien, qui partageait les idées de Valleix, pensa que les accidents tenaient à la déviation de l'utérus, et il fit porter à madame Bul... le redresseur de Simpson; mais les douleurs pelviennes devinrent tellement intenses qu'il fallut retirer l'instrument trois jours après son application. Une seconde fois, le redresseur fut appliqué; mais cette dernière tentative fut suivie des mêmes accidents que la première, et il fallut renoncer complétement à l'emploi de cet instrument.

Vers le milieu de juin 1855, quatre mois et demi après ma première consultation, je revis madame Bul..., et je trouvai son état notablement aggravé.

Je la soumis alors à un traitement consistant dans l'emploi des émissions sanguines, des vésicatoires volants, des bains, des injections vaginales, de l'iodure de potassium, du repos et d'un régime sévère.

Je pratiquai, en juin, deux saignées du bras, de 150 grammes; en juillet, quatre saignées de 125 grammes; en août, deux saignées de 90 grammes; en septembre, deux saignées également de 90 grammes. En

mois après l'invasion de ces accidents, la malade consulta M. Hervez de Chégoin, qui la cautérisa avec le nitrate d'argent fondu. Cette opération fut répétée tous les quinze jours, pendant trois mois. Chaque cautérisation était suivie d'une recrudescence marquée des douleurs pelviennes. Madame de Bel..., étant devenue enceinte pour la cinquième fois, cessa tout traitement et garda le repos sur une chaise longue. Néanmoins, elle accoucha très-heureusement et elle eut la prudence de ne se lever qu'au bout de trois mois.

Cependant, les mêmes douleurs de l'hypogastre ne tardèrent pas à revenir avec une égale intensité et la leucorrhée reparut. De nouvelles cautérisations furent pratiquées par M. Hervez de Chégoin, sans plus de succès. La malade fut prise de pertes sanguines aux époques menstruelles, et elle commença à ressentir les premières atteintes des crises qui, depuis lors, n'ont pas cessé de se manifester cinq ou six jours après les règles, avec plus ou moins de violence. Ces crises duraient habituellement vingt-quatre heures.

Madame de Bel..., n'allant pas mieux, consulta M. le professeur J. Cloquet. Ce chirurgien distingué lui donna des soins pendant deux ans, jusqu'en janvier 1849, et mit en usage divers moyens qui n'amenèrent aucune amélioration : cautérisations du col, irrigations froides; calmants, révulsifs cutanés; huile de croton tiglium; cautères sur l'abdomen; boissons astringentes (ratanhia), quinquina, houblon, petite centaurée, etc. Les bains de mer, qui avaient été conseillés aussi, amenèrent une recrudescence des douleurs; madame de Bel... fut obligée de quitter promptement Dieppe, et elle eut pendant son retour une crise très-violente.

Madame de Bel... est allée en outre consulter Paul Dubois, Cruveilhier, Marjolin, qui tous furent d'avis de continuer la médication précédemment conseillée.

Cependant, comme elle n'éprouvait encore aucun soulagement, elle cessa tout traitement. Cinq mois après (juin 1849), elle fut prise d'accidents, qu'on attribua à une fièvre inflammatoire, et qui durèrent trois mois. Pendant ce temps-là, madame de Bel... garda le repos, fut soumise à un régime sévère et, chose digne de remarque, la malade s'aperçut qu'à la suite de cette affection, elle n'avait presque plus de douleurs dans le bas-ventre. Puis, à mesure que la convalescence fit des progrès, et que le retour des forces lui permit de prendre de l'exercice et des aliments, ses douleurs revinrent au même degré qu'auparavant, et les crises ne tardèrent pas à reparaître.

répétées douze fois dans l'espace de quatre mois; je recommandai, en même temps, le repos absolu et un régime très-sévère.

La malade était affaiblie, mais beaucoup moins souffrante; et, le 10 juillet, elle fut en état de retourner à Versailles. Depuis cette époque, je prescrivis une ou deux fois des ventouses scarifiées. Au bout de huit mois, la malade ne souffrait plus; elle put alors reprendre ses habitudes.

En février 1851, je procédai à un nouvel examen, et je pus constater que la tumeur avait disparu entièrement. Je dois faire remarquer que la malade continua de perdre la voix à la suite des règles, après une émotion, et sous l'influence de toutes les causes qui rappelaient le sang vers les organes pelviens. Elle a encore de temps en temps des crises légères, des douleurs peu vives et des pertes blanches, dépendant de la métrite interne et qu'il ne m'a pas été possible de combattre directement, à cause des répugnances invincibles de la malade pour toute opération intra-utérine, depuis le traitement de Récamier.

En 1851, vers la fin de juillet, j'ai envoyé madame de Bel... prendre les bains de mer à Trouville. Cette fois, l'opportunité de la médication fut justifiée par les bons effets qu'en éprouva la malade. Elle revint des bains de mer dans un état très-satisfaisant.

Observation XX.

Phlegmasie péri-utérine chronique à droite et en arrière, entre l'utérus et le rectum. — Engorgement du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite. — Rétroversion. — Métrite interne. — Émissions sanguines. — Bains. — Calmants. — Vésicatoires. — Cathétérisme utérin et cautérisations intra-utérines. — Guérison.

Rudrauf (Dorothée), âgée de trente-six ans, cuisinière, douée d'un tempérament sanguin-lymphatique et d'une assez forte constitution, entra à l'hôpital de la Pitié le 12 novembre 1851.

Cette femme a eu trois enfants, et sa dernière couche remonte à dix ans. A cette époque, elle fut prise d'une douleur dans le bas-ventre, du côté droit, laquelle fut combattue par les émissions sanguines locales, les bains, les frictions mercurielles, le repos absolu. Ce traitement amena un soulagement de peu de durée; quelque temps après, les douleurs reparurent, mais avec peu d'intensité. En octobre 1851, les souffrances ont repris tout à coup un grand accroissement, et la malade est entrée à la Pitié, dans le service de Requin. — Sangsues à plusieurs reprises sur le bas-ventre, bains, frictions mercurielles. Ces moyens amenèrent peu de

retard de quatre jours. Douleur très-prononcée du côté du lobe gauche du foie. L'exploration ne permet d'y rien constater. — Le 16, vésicatoire volant sur la fosse iliaque droite, qui est devenue de plus en plus douloureuse; soulagement léger. — Le 23, ventouses scarifiées. Les vomissements ont bien diminué, mais les douleurs épigastriques persistent. — Le 25, les vomissements ont reparu avec une nouvelle intensité; coliques; selles fréquentes : dix sangsues, julep diacodé. Les douleurs, moins intenses, permettent enfin l'exploration vaginale. L'utérus est dur, augmenté de volume et douloureux : tilleul, cataplasmes laudanisés, bain sur place.

Le 2 avril, les règles se montrent de nouveau et réveillent les douleurs, avec une céphalalgie intense, des vomissements opiniâtres, des étouffements continuels. — Le 7 avril, tous ces phénomènes disparaissent, ou à peu près, sous l'influence d'une saignée de 100 gr. — Le 15 avril, je trouve l'utérus dans l'état précédemment décrit. L'exploration par le rectum, qui avait été impossible jusqu'à ce jour, me permet de sentir manifestement une tumeur volumineuse, douloureuse, située en arrière de l'utérus, et semblant se prolonger à droite; je fais appliquer six ventouses scarifiées sur les reins et j'insiste sur les émissions sanguines à petite dose, les cataplasmes, les lavements émollients, les bains et une alimentation peu substantielle. La malade arrive sans accidents nouveaux jusqu'au 25 juillet, époque à laquelle je pus constater que la tumeur rétro-utérine avait sensiblement diminué de volume et n'était presque plus douloureuse. Cependant l'état général n'est pas modifié; les forces sont affaissées, et des phénomènes nerveux se manifestent avec une intensité remarquable, se traduisant par des pleurs, des plaintes, une sensibilité morale exagérée, avec une abolition presque générale de la sensibilité. Cette anesthésie est bientôt suivie de douleurs insupportables, qui ont leur siége dans les tissus profonds. — Le 26 juillet, deux applications de chloroforme sur les membres, suivies d'un soulagement assez prompt. Des bains sur place, des applications éthérées et une alimentation légère firent disparaître entièrement ces accidents. — Le 30 août, la tumeur ne se sentait presque plus, et la malade avait recouvré l'appétit. — Le 31 août, le cathétérisme fut pratiqué pour la première fois et amena un grand soulagement. On recourut encore plusieurs fois à cette opération jusqu'au 8 septembre, afin d'obtenir la dilatation du col et de faciliter l'écoulement des règles. Celles-ci reparurent le 8 et sans douleurs, après une suspension de trois mois. Elles durèrent jusqu'au 11. — Le 12, une saignée de 100 gram. — Le 15, le cathétérisme de l'utérus fut recommencé et répété plusieurs fois. Avant la fin du mois, l'ouverture du col était assez largement dilaté-

Le 30 août, la physionomie de la malade est bonne : les douleurs ont diminué. — Le 3 septembre, à la suite d'une chute, la malade éprouve derechef des douleurs assez vives pour lesquelles on applique vingt-cinq sangsues : amélioration. — Le 15 septembre, règles peu abondantes et douloureuses. — Le 19, quinze sangsues sur le bas-ventre. — Le 29, le cathétérisme, pratiqué avec la sonde de Simpson, est douloureux et difficile : la sonde pénètre à 6 centimètres et demi. L'utérus est en rétroversion. Le col est très-rouge, surtout à l'orifice. Cautérisation intra-utérine avec le porte-caustique de Lallemand. — Le 6 octobre, nouvelle cautérisation, accompagnée de douleurs. Le lendemain, cinq ventouses scarifiées ; soulagement. — Le 13 octobre, la sonde passe facilement, bien qu'avec un peu de douleur. La cautérisation éveille peu de souffrances. — Le 16, ventouses ; néanmoins la douleur persiste. — Le 2 novembre, une cautérisation transcurrente est suivie d'un grand bien-être. Cette cautérisation a été faite sur la fesse gauche, la partie supérieure de la cuisse et la hanche.

La malade, sur sa demande, sort de l'hôpital très-soulagée.

Il résulte des faits qui précèdent :

1° Que très-souvent la métrite interne et l'inflammation péri-utérine chronique coexistent et se compliquent mutuellement ;

2° Que ces deux affections peuvent naître, soit simultanément, sous l'influence des mêmes causes; soit l'une après l'autre, par la propagation du travail inflammatoire de la muqueuse utérine au tissu cellulaire péri-utérin et *vice versa;*

3° Que ces deux phlegmasies exercent l'une sur l'autre une influence réciproque, ayant pour effet d'augmenter la gravité des symptômes, le retour des recrudescences et la durée de la maladie;

4° Que l'engorgement péri-utérin détermine toujours le siége de la douleur, au point que l'existence de la douleur, ou sa prédominance, dans un des côtés, peut faire soupçonner presque à coup sûr la présence d'un engorgement inflammatoire dans le côté correspondant;

5° Que le traitement des phlegmasies péri-utérines doit toujours précéder celui de la métrite interne;

6° Que le traitement de l'inflammation péri-utérine guérit quelquefois et améliore toujours la métrite interne;

7° Que le traitement, dans les cas compliqués, est plus long, plus

Après avoir reconnu que l'écoulement du pus se faisait par le vagin, il importait d'en découvrir exactement la source. Le toucher vaginal me fit sentir à gauche de l'utérus, dans le ligament large, une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api et composée d'une partie molle et fluctuante, plus rapprochée de la matrice, et d'une autre partie résistante et solide, située plus en dehors, du côté de l'ovaire. En pressant avec le bout du doigt sur la partie liquide, j'en sentis diminuer le volume et je fis sortir une certaine quantité de liquide. La base de la tumeur était parcourue par deux artères grosses comme les deux tiers de la radiale, et distantes l'une de l'autre de 4 ou 5 millimètres.

A droite, je découvris aussi une tumeur solide, non fluctuante, du volume d'un abricot, douloureuse au toucher et traversée par une artère d'un calibre égal à la moitié de la radiale.

L'utérus était en antéversion, faiblement augmenté de volume et peu douloureux.

La surface du col était lisse et paraissait intacte au toucher.

L'examen au spéculum vint confirmer ce que le toucher avait révélé. Il me permit en outre de découvrir à gauche, au fond du cul-de-sac vaginal, l'ouverture de l'abcès, laquelle était tellement étroite qu'elle admettait à peine le bout d'un stylet.

Le museau de tanche était un peu rouge, sans traces d'érosion ni de granulations.

Je soumis la malade à un régime tonique composé de vin de quinquina et de viandes rôties; puis je lui prescrivis l'iodure de potassium à la dose de 0 gr. 50 par jour; et en même temps je lui conseillai des bains et des injections émollientes.

L'abcès se vidait chaque jour, mais incomplétement, et ne diminuait que d'une manière insensible. Je me proposais dès le principe d'élargir l'ouverture de l'abcès, mais le peu de volume de la tumeur et la présence de deux artères à sa face inférieure me firent ajourner l'opération. Au bout d'un mois seulement, quand les parois du foyer me parurent suffisamment distendues, je me décidai à pratiquer une ponction, au moyen d'un trocart lancéolé, que je fis fabriquer tout exprès, afin d'éviter la lésion des deux artères dont il a été question plus haut. Puis, à l'aide d'un bistouri boutonné introduit avec précaution entre ces deux vaisseaux, j'agrandis l'incision. Il s'écoula aussitôt une certaine quantité de pus, mélangé de sang veineux.

Puis, pour faciliter la sortie du liquide, je cautérisai le trajet de la plaie avec un crayon de nitrate d'argent, que je remplaçai, au bout de quel-

Cette tumeur était solide, douloureuse à la pression ; une artère grosse comme le tiers de la radiale rampait à sa surface inférieure.

Le 26 novembre, elle entra dans ma division à la Charité. Son état avait beaucoup empiré ; ses douleurs étaient devenues plus intenses et se manifestaient plusieurs fois par jour, sous forme de crises violentes qui cessaient à la suite de l'expulsion de mucosités abondantes par la vulve. Les jambes étaient engourdies, les garderobes très-douloureuses. Perte de l'appétit, face abattue, d'une teinte jaune terne.

La tumeur péri-utérine avait augmenté de volume. Elle était le siége de douleurs plus aiguës, et déjà elle présentait à droite une fluctuation obscure. Les règles avaient paru depuis deux jours et avaient probablement amené la recrudescence que nous signalons. — Tilleul, manuluves ; lavements émollients ; cataplasmes ; bouillons.

Le 27, la malade est un peu moins souffrante ; elle n'a pas de fièvre.

Le 30, deux jours après la cessation des règles, nouvelle recrudescence des douleurs du bas-ventre. La tumeur offre une fluctuation manifeste.

Le 2 décembre, souffrances de plus en plus vives ; pouls à 108, petit, abdominal ; ventre très-douloureux ; tumeur augmentée de volume ; fluctuation très-évidente en arrière et à droite. — Ponction par le vagin avec un trocart, qui donne issue à un verre de pus fétide et sanguinolent. (Cataplasmes ; potion calmante.)

Du 5 au 7 décembre, le pus continue de s'écouler par l'ouverture de la ponction. Amendement très-marqué dans les douleurs locales et dans l'état général.

Le 8 décembre, au moment où je me disposais à agrandir l'ouverture du foyer, je ne retrouvai plus de fluctuation.

L'écoulement du pus s'est promptement tari ; la tumeur s'est affaissée avec une extrême rapidité. La fièvre est entièrement tombée ; l'appétit est revenu peu à peu, etc.

Lorsque la ponction a été cicatrisée, je me suis assuré que l'abcès était complétement évacué, et qu'il ne s'était pas formé de nouvelle collection purulente. Mais il existait encore dans le tissu cellulaire péri-utérin, du côté gauche, un noyau d'engorgement, qui témoignait qu'une partie de la tumeur ne s'était pas abcédée.

Au reste, la malade ne ressentait dans ce point que des douleurs très-légères.

Le 28 décembre, les règles ont paru, à peu près à leur époque habituelle, sans aucun accident.

craquement, et elle rendit avec les selles une certaine quantité de matière purulente. Depuis lors, le ventre est moins tendu, moins douloureux, la fièvre est moins forte. Tous les jours une nouvelle quantité de pus est rendue avec les garderobes; l'amélioration fait des progrès rapides.

Le 6 août, le toucher n'est plus douloureux, et il n'existe plus d'engorgement autour de l'utérus.

L'écoulement du pus par le rectum diminue peu à peu; bientôt les selles reprennent leur apparence normale. Le 15 août, Louise Ruisseau sort de l'hôpital en bonne voie de guérison.

Observation XXV.

Phlegmasie péri-utérine à droite. — Abcès ouvert spontanément dans la vessie. — Plus tard, incision par la paroi abdominale.— Guérison.

Godefroy (Marie), âgée de vingt et un ans, repasseuse, habituellement bien réglée depuis l'âge de quinze ans, est entrée à la Pitié le 24 octobre 1855. Depuis son accouchement, il y a trois mois, les règles n'ont pas reparu; et les douleurs se sont développées dans le bas-ventre et dans les reins.

Etat actuel (25 octobre). — Utérus sain; à droite et au devant de cet organe, engorgement inflammatoire remontant au-dessus du pubis, s'étendant d'un côté dans la fosse iliaque, et, de l'autre, s'avançant tout près de la ligne médiane. — Quinze sangsues sur l'hypogastre. Le lendemain, application de ventouses scarifiées sur les reins.

Du 1er au 20 novembre : saignée de 100 grammes; sangsues sur le bas-ventre; ventouses sur les reins; vésicatoire volant, onctions laudanisées sur l'abdomen. Malgré ces moyens, la fièvre persiste; la tumeur augmente, devient superficielle et fluctuante.

Le 1er décembre, la malade fait une chute sur le siége du haut d'une chaise; à la suite de cet accident, elle rend des urines sanguinolentes et chargées de muco-pus; en même temps la tumeur diminue de volume, la fièvre tombe, les douleurs se calment; l'appétit renaît: il n'est pas douteux que le foyer ne se soit ouvert dans la vessie. — Toniques; ferrugineux; régime substantiel.

Au bout de huit jours, le pus cesse de couler par la vessie, la tumeur s'accroît de nouveau, les douleurs renaissent avec la fièvre. Un peu plus

Malgré l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique et soutenu, la tumeur augmente graduellement de volume. Le 21 avril, elle s'élève jusqu'à l'ombilic, et elle est le siége d'une fluctuation obscure.

Les jours suivants, frissons irréguliers, altération profonde des traits; œdème de la jambe gauche. Vomissements bilieux; hoquets fréquents. La fluctuation devient plus évidente; on peut la percevoir, non-seulement par l'hypogastre, mais aussi par le vagin.

Le 8 mai, Michon constata, avec moi, la présence du pus dans cette énorme tumeur, et tenta de l'inciser par l'hypogastre; mais il fut obligé de s'arrêter au niveau du péritoine, car il reconnut que la tumeur n'avait pas contracté d'adhérences avec cette membrane.

Cinq jours après, la malade est examinée par Récamier et par M. Maisonneuve; M. Maisonneuve pensait, comme moi, qu'il y aurait opportunité d'ouvrir l'abcès par le vagin. Récamier fut d'avis d'achever l'opération commencée par Michon, en provoquant, au préalable, des adhérences entre la tumeur et le péritoine, au moyen de la potasse caustique appliquée sur la plaie. On fit une seule application de ce caustique, qui détermina une inflammation très-vive.

Le 20 mai, la tumeur formait une telle saillie dans le vagin, la fluctuation y était devenue tellement évidente, que nous n'hésitâmes plus à ouvrir l'abcès par cette voie. L'incision fut pratiquée par M. Maisonneuve; elle donna issue à 2 litres d'un pus crémeux, bien lié, inodore et jaunâtre. Le ventre s'affaissa; la tumeur diminua, les douleurs se calmèrent.

Les jours suivants, le pus devient fétide et s'écoule abondamment. Le trajet de l'incision est cautérisé, tous les trois jours, avec le crayon de nitrate d'argent, pour prévenir la réunion de la plaie.

Malgré les soins les plus appropriés et un régime réparateur, la malade s'affaiblit rapidement, tombe dans le marasme et meurt le 19 juillet, trois mois après l'opération, après avoir offert, quelques jours avant sa mort, de nouveaux signes d'une infection purulente.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. Roideur cadavérique prononcée; ventre rétracté; eschares au sacrum; marasme porté au plus haut degré. La plaie de l'abdomen est tout à fait cicatrisée : les anses intestinales sont libres, non adhérentes entre elles, ni avec la paroi de l'abdomen.

L'utérus est sain. L'ovaire gauche est complétement transformé en un kyste, gros comme une orange, dont les parois très-résistantes et épaisses de 3 à 4 millimètres adhèrent à la trompe utérine et au rectum. Sa face

15 février 1847. Elle avait, depuis un mois, des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs étaient accompagnées d'un mouvement fébrile intense, de nausées, de vomissements et d'une grande prostration des forces. Jusqu'ici rien d'important n'avait été fait dans le but d'entraver les accidents.

État actuel (16 février) : expression de souffrance et d'abattement sur la physionomie ; ventre développé, tendu, douloureux, surtout au niveau de l'hypogastre. Entre l'utérus et le rectum, il existe une tumeur volumineuse qui refoule en bas le cul-de-sac postérieur du vagin, et dépasse le pubis de cinq travers de doigt. Cette tumeur est lisse, immobile, très-douloureuse à la pression ; ses parois sont tendues, résistantes, et donnent la sensation d'une fluctuation profonde. Depuis deux jours, la malade a eu quelques frissons irréguliers. Pouls à 120, peu développé ; constipation ; envies fréquentes d'uriner.

Je pensai que la tumeur était de nature phlegmoneuse, et que déjà le travail de suppuration avait commencé. — Onctions mercurielles à haute dose sur tout l'hypogastre ; cataplasmes émollients, gomme sucrée ; lavements émollients, eau de Seltz, diète.

Les jours suivants, les accidents s'aggravèrent ; la tumeur augmenta de volume ; elle atteignit l'ombilic ; la fièvre devint plus intense ; les nausées et les vomissements se répétèrent plus souvent ; les forces baissèrent chaque jour. La malade ressentit encore de légers frissons ; bientôt la diarrhée succéda à la constipation.

Le 24 février, la tumeur présentait une fluctuation de plus en plus manifeste, surtout au fond du culde-sac vaginal postérieur.

Mon collègue, le docteur Michon, voulut bien, à ma prière, examiner la malade, et, après une exploration très-attentive, il fit, par le vagin, une incision des parois de la tumeur. Cette opération donna issue à deux ou trois cuillerées à bouche d'un liquide séreux, transparent, et n'apporta aucun changement dans le volume de la tumeur principale.

Le 25, il s'écoula, par le vagin, une grande quantité de pus épais, phlegmoneux et fétide ; en même temps la tumeur pelvienne diminua de volume. A dater de ce moment, la malade continua de rendre du pus par la vulve ; la diarrhée s'accrut de plus en plus, le pouls devint plus fréquent, plus petit, plus dépressible, et, le 2 mars, la malade succomba, épuisée par la suppuration et la diarrhée.

Autopsie. — Ainsi que je l'avais soupçonné, il existait dans la cavité pelvienne, entre l'utérus et le rectum, une vaste collection purulente qui s'étendait de l'une à l'autre des parois du bassin, descendait jusque dans

immobile et présente à sa face inférieure une artère grosse comme la radiale; pouls à 96; coliques, diarrhée abondante : — gomme sucrée, pilules d'opium, 0,05, cataplasmes, lavements laudanisés, bouillons, potages.

Du 4 au 8 août, même état; persistance de la diarrhée, pouls à 120.

Le 9, aggravation des accidents; face grippée, cyanosée; vomissements bilieux, selles très-fétides et mêlées de pus : — eau de Seltz, glace, lavements laudanisés.

Le 10, le pouls est moins fréquent; les vomissements ont cessé, la diarrhée est moins abondante : prescriptions *ut supra*.

Du 11 au 15, rien de nouveau.

Le 16, moins bien; retour des vomissements; diarrhée plus abondante : — diascordium, 2 grammes.

Du 18 au 24, amélioration légère.

Le 7 septembre, ventre moins ballonné, mais toujours douloureux; diarrhée moins intense; nouvelle exploration de la tumeur pelvienne, qui présente une fluctuation très-évidente. — Incision des parois de la tumeur par le vagin, qui donne issue à un demi-litre environ d'un pus épais et fétide. Soulagement immédiat.

Les jours suivants, le pus s'écoule par le vagin; le ventre diminue de volume, mais la diarrée persiste ainsi que la fièvre : — même médication.

Du 19 au 27 octobre, la malade s'affaiblit de plus en plus, et elle succombe le 30.

Autopsie, 31 octobre. — En arrière de l'utérus et du vagin, on trouve une tumeur volumineuse, qui s'étend jusque dans le ligament large gauche, refoule en haut et à droite l'extrémité du gros intestin, et présente, d'ailleurs, la disposition suivante : l'S iliaque du côlon passe de gauche à droite au-dessus de la tumeur et du corps de l'utérus, avec lesquels elle a contracté d'intimes adhérences; puis le rectum longe le côté droit et la paroi postérieure de la matrice; il est par conséquent en rapport avec le côté droit de la tumeur. La vessie, ratatinée et très-adhérente à l'utérus, offre, sur la muqueuse, des traces d'inflammation. Les parois de l'utérus sont très-épaissies; sa cavité est très-petite. Le vagin est d'une rougeur assez intense. A sa partie supérieure, dans le cul-de-sac postérieur, on distingue l'incision pratiquée pendant la vie. On incise l'utérus, et l'on pénètre dans un foyer purulent, ayant à peu près le volume d'un œuf de poule, et en rapport immédiat avec la paroi postérieure de la matrice. Sa partie inférieure plonge dans la paroi recto-vaginale et communique avec le vagin par l'ouverture artificielle. Sa partie supérieure s'ouvre par un trajet très-étroit dans un autre foyer. Celui-ci, beaucoup plus vaste

je constatai l'existence de deux tumeurs phlegmoneuses des ligaments larges adhérentes à l'utérus et à la paroi pelvienne; elles étaient d'un gros volume, solides, douloureuses au toucher, et parcourues inférieurement par des artères du calibre de la radiale. L'utérus, fixé par l'engorgement péri-utérin, était en rétroversion. — Dans l'espace de six semaines, deux saignées de 100 grammes, deux applications de 15 sangsues, lavements laudanisés, cataplasmes, bouillons, potages. Amélioration sensible.

La malade sortit sur sa demande et rentra dans le service de Valleix. Pendant un mois : sangsues, vésicatoires, lavements laudanisés; ensuite, pour obvier à la rétroversion, application du redresseur utérin. Aussitôt le ventre se gonfle, une perte considérable survient, accompagnée de douleurs intolérables. Au bout de trois jours, crises d'hystérie qui n'avaient pas reparu depuis l'accouchement. On enlève le redresseur. Quelques jours plus tard, le redresseur est appliqué de nouveau; retour des mêmes accidents, qui obligent à retirer l'instrument. Recrudescence inflammatoire très-aiguë, suivie de la formation d'un abcès péri-utérin, qui s'ouvre dans le rectum. Après la guérison de cet abcès, Valleix renvoie la malade, pensant qu'il ne lui reste plus que des douleurs névralgiques.

Elle entre bientôt après dans le service de M. Gendrin, qui, pendant trois mois, combat l'affection hystérique, dont les attaques sont journalières, au moyen des affusions froides et des antispasmodiques.

En quittant le service de M. Gendrin, la malade souffrant de plus en plus revint, le 15 janvier 1853, pour la deuxième fois dans ma division. Elle est en proie à une fièvre intense, accompagnée de délire. Le ventre est tendu, douloureux. En déprimant les parois de l'hypogastre, on sent au niveau de chaque fosse iliaque, surtout à droite, une tumeur dure, fixe, et très-sensible à la pression. Toucher vaginal très-douloureux. Des deux côtés de l'utérus, qui est toujours en rétroversion, je retrouve les deux tumeurs perçues à l'hypogastre, avec les caractères signalés plus haut. Gastralgie intense; attaques d'hystérie quotidiennes; bruit de souffle anémique dans les carotides : — 15 sangsues sur le ventre; cataplasmes; bouillons.

Du 17 janvier au 20 mars : une saignée de 150 grammes, trois applications de 15 sangsues sur le bas-ventre; deux applications de vésicatoires volants sur les fosses iliaques; manuluves; bains; antispasmodiques; nourriture légère.

Sous l'influence de ces moyens, après de grandes variations dans la marche des accidents, la fièvre se calme et les douleurs du bas-ventre se

Je vais, en peu de mots, rapporter les lésions anatomiques, dont je dois la communication à l'obligeance de mon honorable collègue.

J'essayerai ensuite de démontrer que M. Bernutz n'a pas donné à ce fait une interprétation exacte.

Autopsie. — Les deux poumons étaient creusés de vastes cavernes au sommet et farcis de tubercules dans le reste de leur étendue.

Des tubercules existaient aussi dans les ganglions mésentériques et dans l'intestin, principalement dans le cæcum.

« De nombreuses adhérences péritonéales ne semblent plus faire qu'un tout de la vessie, des organes génitaux et de la fin de l'S iliaque; ces adhérences sont beaucoup plus intimes à gauche qu'à droite. » Le feuillet péritonéal qui recouvre la vessie est plus épais qu'à l'état normal; des brides celluleuses anciennes s'étendent de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie.

» On trouve très-adhérente au rectum toute la partie gauche de la face postérieure de l'utérus, ainsi que tout le bord postérieur de sa face supérieure.

» Le ligament large gauche est tout incrusté d'adhérences péritonéales, qui réunissent à l'épiploon ses différents ailerons, ceux-ci entre eux et l'aileron postérieur aux courbures de l'S iliaque et au rectum, de manière qu'il n'y a plus trace, à gauche, de la cavité pelvienne. Les adhérences de ce ligament large à l'S iliaque sont celluleuses, tandis qu'on trouve fibreuses, blanches, criant sous le scalpel, celles qui de ce ligament large vont au rectum.

» Les deux ovaires, adhérents par leur extrémité interne au bord correspondant de l'utérus, contenaient des tubercules crus. L'ovaire gauche, par son extrémité externe, adhérait complétement et d'une manière intime au pavillon. La trompe droite contournait l'ovaire du même côté et y adhérait intimement. Le ligament large droit contenait un kyste séreux de la grosseur d'une noisette, interposé entre l'utérus et l'ovaire.

» Malgré toutes ces dissections, ajoute M. Bernutz, nous n'avons vu dans le tissu cellulaire des ligaments larges aucun noyau induré. La seule chose qui mérite d'être notée, c'est le *développement considérable des vaisseaux de ces ligaments,* qui formaient à la base un plexus remarquable, dont chacun des éléments avait un *calibre au moins double* de celui que présentent les mêmes vaisseaux à l'état normal. »

Dans le rectum, existaient deux ulcérations circulaires, taillées comme par un emporte-pièce dans la muqueuse épaissie et rouge à leur pourtour, et intéressant toutes les tuniques jusqu'au péritoine.

par l'examen de la malade, qui vint, un peu plus tard, réclamer de nouveau mes soins. Je la soumis, cette fois, à un traitement antiphlogistique proportionné à sa constitution, et je constatai, pour ainsi dire, jour par jour, la diminution graduelle de l'engorgement péri-utérin, et enfin sa disparition presque complète. Ce qui vient encore confirmer notre manière d'interpréter ces faits, c'est que l'utérus, fixe, immobile pendant longtemps, et comme enclavé entre les deux tumeurs, a tout à coup recouvré sa mobilité et subi un mouvement de bascule en avant, circonstance inexplicable dans l'hypothèse d'une péritonite.

M. Bernutz, il est vrai, argue souvent des données fournies par l'autopsie. Il objecte qu'il n'a pas trouvé trace d'engorgement phlegmoneux dans le tissu cellulaire péri-utérin. Quoi de surprenant? N'ai-je pas déclaré moi-même que tout vestige de phlegmon avait disparu à la suite du dernier traitement.

Quant aux *stigmates* de péritonite, dont M. Bernutz fait si grand cas, je suis loin d'en nier l'existence; mais, comme je l'ai dit, dans les généralités de cet ouvrage (pages 242 et 249), elles prouvent, ce que j'admets volontiers, que la péritonite partielle s'associe fréquemment à la phlegmasie péri-utérine, de même que la pleurésie accompagne presque toujours la pneumonie.

Observation XXX.

Phlegmasie péri-utérine. — Abcès consécutif. — Ouverture spontanée dans l'intestin et dans la vessie. — Émissions sanguines. — Révulsifs. — Purgatifs. — Calmants. — Bains. — Mort.

Madame Werp..., trente ans, d'un tempérament lymphatique-nerveux, habituellement bien réglée, s'était toujours bien portée, lorsqu'au mois d'avril 1858, elle commença à ressentir des douleurs dans le bas-ventre. Tout à coup, vers la fin de juin, symptômes d'une métro-péritonite aiguë, combattue par les émissions sanguines locales, les bains, les purgatifs et les onctions mercurielles à haute dose; amélioration légère, bientôt suivie d'une recrudescence des douleurs du bas-ventre, principalement à droite. On constate plus tard l'existence d'une tumeur péri-utérine, qui remonte au-dessus du pubis et descend dans la cavité pelvienne; on insiste sur les émollients, les bains, les calmants et les purgatifs.

Dans les premiers jours de septembre, recrudescence inflammatoire bientôt suivie de frissons légers et d'une réaction fébrile intense. Le ventre

II. L'abcès péri-utérin, comme la phlegmasie péri-utérine dont il procède, peut se montrer chez une fille vierge; c'est une erreur profonde que de le regarder toujours comme un accident puerpéral.

III. L'abcès péri-utérin succède, soit à un phlegmon suraigu survenu d'emblée, soit à une recrudescence inflammatoire développée dans le cours d'une phlegmasie péri-utérine chronique.

IV. La terminaison de l'inflammation péri-utérine par suppuration peut résulter de l'insuffisance des moyens thérapeutiques, ou être provoquée par l'application inopportune, soit des agents mécaniques (pessaires, redresseurs intra-utérins), dans le but de remédier à une déviation de la matrice, soit des agents irritants et substitutifs, dans le but de combattre une métrite interne ou externe (cathétérisme intra-utérin, cautérisation du museau de tanche ou de la cavité utérine).

V. Ces observations démontrent une fois de plus la nécessité d'une exploration attentive des organes génitaux, avant de recourir à ces agents mécaniques ou substitutifs; elles prouvent en outre l'importance du précepte que nous avons posé, de ne traiter la métrite qu'après avoir obtenu la résolution de la phlegmasie péri-utérine.

VI. Les abcès péri-utérins constituent des lésions extrêmement graves, qui peuvent faire succomber les malades, soit par infection putride, soit par épuisement, soit par suite d'un épanchement du foyer dans le péritoine, dans la vessie, etc.

VII. Aussi convient-il de prévenir la suppuration des phlegmasies péri-utérines par les moyens que nous avons exposés dans nos généralités et dont une longue expérience nous a démontré l'efficacité.

VIII. Lorsque l'abcès est formé, il ne faut pas l'abandonner aux ressources de la nature; mais, toutes les fois que l'opération est possible, on doit se hâter de donner une issue au pus; dans plusieurs cas, la ponction pratiquée tardivement est restée impuissante à enrayer les désordres profonds produits par le séjour prolongé du pus.

---

bains, des cataplasmes émollients, le volume de la tumeur diminua un peu; mais, quatre mois après, émotion morale, immédiatement suivie d'une rechute. Cette fois, les souffrances furent plus vives à droite qu'à gauche et bientôt gagnèrent la hanche, la jambe et même le pied : Émissions sanguines. — Persistance de l'engorgement; concentration des douleurs dans le bas-ventre ; fièvre permanente ; vomissements incoercibles; règles presque nulles et fort douloureuses; leucorrhée abondante et fétide; amaigrissement progressif; ensemble des symptômes d'une affection cancéreuse, pendant cinq mois.

Lisfranc et Serres furent appelés en consultation, et tous les trois nous fûmes d'avis, malgré l'épuisement de la malade, de faire une saignée de 30 grammes, que je pratiquai immédiatement. Cette émission sanguine fut suivie d'un grand soulagement, d'une diminution de la fréquence du pouls, ainsi que des vomissements. Au bout de six semaines, après une seconde saignée, les vomissements cessèrent complétement. A partir de ce moment, la malade alla de mieux en mieux, et, deux mois et demi plus tard, elle entrait en convalescence, après un an environ de traitement.

La tumeur a diminué peu à peu de volume, et a fini par disparaître tout à fait, sous l'action d'un traitement composé d'émissions sanguines, saignées et sangsues, de vésicatoires volants sur le bas-ventre, de cataplasmes et du repos. Madame Lap... se rétablit si bien qu'elle devint pléthorique et qu'il fallut lui pratiquer tous les ans une petite saignée.

En 1851, cette malade fut prise de nouveaux accidents; les vomissements reparurent comme la première fois, mais les douleurs du bas-ventre furent beaucoup moins intenses. Un de nos honorables confrères de Poitiers essaya sans succès différents moyens, pendant trois mois : régime varié ; eau de Seltz, de Vichy; calmants, etc. La malade continua de souffrir de l'estomac, elle devint très-pâle, très-maigre, et au mois de janvier 1852, elle revint à Paris.

L'insuccès de ces médications me fit présumer que les accidents gastriques étaient liés de nouveau à une affection de l'utérus; et, ce qui me confirma dans cette pensée, c'est que les vomissements devenaient plus fréquents à l'époque des règles. Je trouvai, en effet, l'utérus douloureux à la pression, le corps un peu augmenté de volume et en rétroversion, les artères utérines plus développées que de coutume, et des pertes blanches analogues à du blanc d'œuf. Aucune trace d'engorgement en dehors de l'utérus.

Malgré la faiblesse de la malade, je lui pratiquai une saignée du bras, de 125 grammes, qui amena un soulagement immédiat. Dès le lendemain,

Je m'assurai ensuite, par le toucher rectal, qu'il existait dans le ligament large gauche une tumeur grosse comme une noix, douloureuse à la pression, solide, non fluctuante.

Du 1er août au 15 septembre 1850, huit saignées de 80 à 90 grammes, cataplasmes laudanisés, repos absolu.

Chaque saignée fut suivie d'un grand soulagement, et, immédiatement après la seconde saignée, les digestions devinrent plus faciles. Augmentation graduelle des aliments, qui furent de mieux en mieux tolérés. Enfin, au bout de six semaines, les phénomènes dyspeptiques avaient entièrement disparu.

La malade se considéra comme guérie, et elle partit pour la campagne. Le mieux continua pendant trois mois; puis, à la suite d'une émotion morale, retour des douleurs du bas-ventre, à un faible degré. Longtemps les souffrances restent peu intenses; plus tard, elles prennent de l'accroissement et elles obligent la malade à venir réclamer de nouveau mes soins.

Le 1er janvier 1852, dix-huit mois après cette rechute, je soumis mademoiselle Carp... à un second traitement, que je continuai jusqu'au mois de juillet, et qui ne réussit pas aussi bien que le premier.

Grâce aux émissions sanguines, aux calmants, au repos et à un régime sévère, je parvins encore à obtenir une guérison apparente.

En 1853, deuxième rechute, qui céda aux mêmes médications. (Dix saignées de 60 grammes, quatre applications de ventouses scarifiées, trois vésicatoires volants, régime sévère.)

En 1854, troisième rechute, plus grave que les précédentes, à la suite d'une vive émotion morale. Cette fois, la saignée générale n'amène aucun soulagement; les ventouses scarifiées produisent un effet plus favorable.

En janvier 1855, nouvelle recrudescence inflammatoire. (Ventouses scarifiées, calmants, chloroforme, opiacés, vésicatoires.) Malgré ces médications, l'état de la malade s'aggrave de plus en plus; tout à coup abolition presque complète des mouvements dans les membres inférieurs; hyperesthésie musculaire, anesthésie cutanée générale.

J'eus alors recours à la cautérisation transcurrente superficielle avec un succès complet. Immédiatement après l'opération les douleurs disparurent, et la malade, qui, un instant auparavant, pouvait à peine remuer les membres inférieurs, fut en état de se lever et de faire quelques pas.

Chaque fois que les douleurs revinrent, la même médication fut employée avec le même avantage.

Persuadé que le retour des accidents était lié à la métrite interne, je

davantage le diagnostic. — Le 25 juillet 1850, saignée de 90 grammes.

Dès le lendemain, le hoquet était moins fréquent; et, au bout de quinze jours, après trois autres saignées de 60 grammes, ce phénomène disparut complétement. Deux saignées de 60 grammes furent encore pratiquées dans l'espace de cinq semaines. La malade se crut guérie et ne voulut pas continuer le traitement.

La guérison n'était qu'apparente, comme je l'avais prévu, et le 14 novembre 1850, mademoiselle P... fut reprise des mêmes accidents. J'eus de nouveau recours aux émissions sanguines. Cette médication ne réussit pas aussi bien que la première fois. Le hoquet diminua peu à peu, mais il ne cessa entièrement qu'au bout de quatre mois, après douze saignées de 60 à 80 grammes.

De 1851 à 1854, mademoiselle P... alla bien, ses digestions étaient faciles, et le hoquet ne reparut qu'à de rares intervalles.

En novembre 1854, retour des douleurs dans le bas-ventre et dans la jambe du côté gauche; règles très-douloureuses, pertes blanches abondantes.

Quatre saignées de 90 grammes et la cautérisation transcurrente amenèrent un grand soulagement.

En mai 1855, recrudescence des douleurs du bas-ventre à gauche, qui me parurent dépendre d'une métrite interne.

Avec l'assentiment de la malade et de sa mère, je pratiquai le toucher vaginal. Utérus en rétro-antéflexion, très-douloureux à la pression : — Cathétérisme utérin et cautérisations intra-utérines.

Ces opérations provoquèrent de vives douleurs, mais bientôt elles furent suivies d'une diminution des souffrances et des pertes blanches. Les règles devinrent moins douloureuses.

Vers la fin de 1855, mademoiselle P... était assez bien.

En 1856, le mieux continue, mais la leucorrhée ne cesse pas complétement.

En 1857, retour des accidents, douleurs dans le bas-ventre des deux côtés, hoquet et dyspepsie. Depuis lors, la malade, affaiblie par la souffrance, n'a pu supporter un nouveau traitement.

Je me bornai à modérer les douleurs, soit à l'aide des opiacés et du chloroforme, soit à l'aide de la cautérisation transcurrente.

L'histoire de cette malade nous offre un exemple remarquable d'un hoquet nerveux et symptomatique d'une lésion de l'utérus. Tout concorde avec cette interprétation des faits. Supposant d'abord qu'il s'agissait d'une affection de l'estomac, j'employai, pendant deux mois et demi, des

opiacés, les antispasmodiques, les vésicatoires morphinés sur la poitrine, les boissons chaudes de diverse nature, les sinapismes sur les membres supérieurs, etc.

L'insuccès de ces moyens me fit soupçonner que les troubles nerveux étaient dus à une affection inflammatoire de l'utérus. La leucorrhée, les douleurs du bas-ventre, des reins et des cuisses, l'exacerbation de ces phénomènes à chaque époque menstruelle, venaient confirmer mes présomptions.

Convaincu de l'existence d'une métrite interne chronique, accompagnée de troubles nerveux symptomatiques, et ne pouvant chez la jeune malade recourir au traitement direct de la phlegmasie utérine, j'instituai la médication indirecte, et, malgré l'appauvrissement du sang, j'eus recours aux émissions sanguines.

Dans l'espace de quinze mois, mademoiselle Lab... fut soumise au traitement suivant :

Dix-huit saignées de 60 à 80 grammes, — quinze applications de ventouses scarifiées sur les lombes, sur les fesses ou sur les reins; une application de six sangsues sur le bas-ventre, du côté gauche; dix vésicatoires sur le bas-ventre et sur la fesse gauche. — Bains entiers; — cataplasmes laudanisés ou chloroformés; — inhalations de chloroforme; — sinapismes sur les membres supérieurs; — calmants; — lavements; — régime peu substantiel.

La toux nerveuse céda définitivement dès la première saignée.

Pendant les cinq premiers mois, la saignée générale a été constamment suivie de soulagement; puis, ayant cessé d'être efficace, je l'ai remplacée par les ventouses scarifiées, dont la malade s'est toujours bien trouvée. Quant aux sangsues, elles n'ont eu aucun résultat avantageux. Les vésicatoires ont beaucoup contribué à achever la guérison, qui ne s'est pas démentie depuis le mois de mai 1855.

A la suite de ce traitement, mademoiselle Lab... a pris les bains de mer, elle a suivi un régime analeptique qui lui a rendu l'embonpoint, les forces et la plénitude de la santé.

4 février, nouvelle exploration vaginale : je constate l'existence d'une tumeur péri-utérine à droite, ayant le volume d'un œuf de pigeon, et présentant inférieurement une artère grosse comme les deux tiers de la radiale.

8 février, les règles paraissent sous forme de perte ; douleurs moins intenses.

12 février, cessation du flux menstruel : — saignée de 90 grammes, onctions opiacées et chloroformées sur le bas-ventre.

13 février, douleurs plus intenses dans la cuisse droite, qui est le siége de contractures, et entraînée dans une flexion forcée. Ces phénomènes cèdent momentanément au chloroforme.

Le 20 avril, cinq jours après la cessation des règles, la cuisse droite est toujours dans le même état ; en outre, elle est le siége d'une anesthésie cutanée, qui occupe aussi le bas-ventre et les reins du même côté. — Cautérisation transcurrente superficielle sur la cuisse et sur les reins à droite, avec le secours du chloroforme.

Immédiatement après l'opération, la malade est prise d'une surexcitation nerveuse qui ne cesse que vers la fin de la journée.

Le lendemain, 21 avril, amélioration très-grande : la cuisse a recouvré ses mouvements, les contractures ont disparu, ainsi que l'aphonie.

Du 25 avril au 1er mai, le mieux continue, les douleurs sont beaucoup moins intenses et l'anesthésie se dissipe rapidement.

5 mai, l'apparition des règles est suivie d'une légère recrudescence des douleurs du bas-ventre, sans contracture de la cuisse droite : — saignée de 45 grammes.

17 mai, souffrances un peu plus intenses : — saignée de 45 grammes.

25 mai, la malade se trouve mieux, elle peut se lever et marcher sans difficulté.

Diminution très-marquée de l'engorgement péri-utérin et de l'artère qui rampait à sa surface inférieure. Utérus toujours en antéflexion.

Peu de jours après, le 10 juin, à la suite d'une vive secousse morale, la malade fut contrainte de quitter l'hôpital. L'aphonie ayant alors reparu, on pouvait redouter une rechute ; mais heureusement ces appréhensions ne se sont pas réalisées, et, comme nous avons pu le constater, les accidents n'ont pas tardé à se dissiper.

Le 5 avril, je fis pratiquer une première saignée du bras de 100 grammes; j'abaissai la nourriture, et je prescrivis un repos absolu. La saignée fut suivie d'un soulagement immédiat, mais passager. Quinze jours après, nouvelle saignée de 100 grammes : même soulagement. Je répétai la saignée à huit ou dix jours d'intervalle (60 à 80 grammes); j'ordonnai, en outre, des bains, tantôt à l'eau de son, tantôt à l'eau salée, deux fois par semaine.

La malade eut une nouvelle crise, huit jours après le commencement du traitement; cette crise fut la dernière. Au bout de deux mois et demi, je fis appliquer huit sangsues sur le bas-ventre, du côté droit. Contrairement à ma prescription, la malade laissa couler les piqûres des sangsues, depuis huit heures du matin jusqu'à quatre heures du soir, elle éprouva un tel soulagement que, suivant son expression, *elle sentit ses nerfs couler avec son sang*. Elle eut une défaillance momentanée, et, dès le lendemain, elle se trouvait beaucoup mieux.

A dater de ce moment, l'amélioration a été croissant, de jour en jour et, au bout de quatre mois, les souffrances avaient complétement disparu; les règles venaient sans douleur; les pertes blanches avaient beaucoup diminué. Quant à la tumeur, elle n'existait plus, et le toucher vaginal n'était plus douloureux. Je soumis la malade à un régime plus substantiel, je lui permis de se lever et de prendre un exercice modéré.

En septembre, un mois après la cessation du traitement, madame G... S.-H... se rendit à la campagne pour achever son rétablissement. Mais, au bout de trois semaines, sous l'influence d'une émotion morale, elle poussa un cri aigu, involontaire, sans éprouver aucune douleur dans le bas-ventre. Effrayée, elle revint à Paris, et réclama mes soins. Craignant une rechute, je lui fis pratiquer une saignée de 80 à 90 grammes et je conseillai un repos absolu. Deux ou trois saignées, deux applications de ventouses, des bains, des calmants, un régime peu substantiel, tel fut l'ensemble des moyens qui suffirent, dans l'espace de deux mois, pour triompher de cette rechute et amener une guérison définitive.

Depuis neuf ans, aucun des accidents signalés plus haut ne s'est reproduit, et madame G... S.-H... a pu reprendre sa vie habituelle et ses relations sociales.

ration. Le cathétérisme, pratiqué avec la sonde de Simpson, est extrêmement douloureux et amène une syncope qui dure deux heures : — bain, ventouses scarifiées sur les reins ; chloroforme. Diminution des douleurs.

13 mai, la malade urine facilement.

19 mai, crises avec suffocation : — quinze sangsues sur l'hypogastre.

22 mai, retour des douleurs : — six ventouses scarifiées.

L'emploi répété des émissions sanguines amena, au bout de quatre mois, la résolution de l'engorgement péri-utérin. Mais la métrite interne persistait, la sensibilité utérine était devenue excessive et les douleurs névralgiques symptomatiques avaient atteint un très-haut degré d'intensité.

Après avoir essayé en vain, durant plusieurs mois, toutes les ressources de la médication antiphlogistique et calmante, je pratiquai sur les irradiations douloureuses (reins et membres du côté gauche) la cautérisation transcurrente superficielle (27 septembre 1854).

Le lendemain, la malade se trouve très-soulagée; les mouvements de la jambe sont devenus plus faciles et plus étendus; la sensibilité, depuis longtemps émoussée, est en grande partie rétablie.

Le 30 septembre et le 2 octobre, la cautérisation transcurrente est pratiquée de nouveau sur les cuisses, les reins et les membres supérieurs, toujours avec le même succès.

Du 3 octobre au 22 novembre, cautérisation intra-utérine; ventouses scarifiées; puis, vin de quinquina, pilules de lactate de fer : deux portions. Le mieux se soutient; l'époque menstruelle n'amène qu'une recrudescence légère.

A la suite des règles, les douleurs du bas-ventre se réveillent avec une certaine intensité : suppression des toniques et des ferrugineux; ventouses scarifiées, et, plus tard, cautérisation transcurrente superficielle.

Du 23 novembre au 24 décembre, une application de ventouses scarifiées sur les reins; quinze sangsues sur le bas-ventre; cautérisation transcurrente sur la fesse et les lombes à gauche; plusieurs bains sulfureux. Soulagement temporaire; les douleurs se dissipent, puis reparaissent, mais avec beaucoup moins d'intensité. Cependant, le 25 décembre, les règles viennent abondamment et sans souffrances.

Janvier : trois cautérisations transcurrentes sur la cuisse gauche, le bas-ventre et les reins; deux cautérisations intra-utérines; deux applications de sangsues sur l'abdomen. Les règles paraissent sans douleur.

Février : deux cautérisations sur les régions endolories (lombes et flanc gauches).

névralgiques dans la jambe gauche, qui était frappée de paralysie incomplète. Les souffrances retentissaient jusque dans le bras gauche.

Applications successives de sangsues et de ventouses scarifiées plusieurs fois répétées; bains, calmants, vésicatoires volants.

Après quatre mois de traitement, le 10 octobre, je m'assurai que l'engorgement péri-utérin avait disparu. Mais les douleurs persistaient avec une grande opiniâtreté. J'étais sur le point de demander l'admission de la malade à la Salpêtrière, comme incurable, lorsque j'eus recours à la cautérisation transcurrente superficielle, qui m'avait réussi chez une autre malade. Le 11, je pratiquai la cautérisation transcurrente sur la jambe, sur la cuisse, le ventre et les reins. Dès le 12, les douleurs sont notablement diminuées. Le 17, une angine est survenue et a produit une exacerbation des accidents. Six ventouses scarifiées amènent un grand soulagement. On les répète le 20. Les règles, qui surviennent le 22, sont bien moins douloureuses qu'avant la cautérisation transcurrente. Il n'y a plus de douleurs dans la cuisse, mais la région lombaire gauche est encore un peu douloureuse à la pression, ainsi que le côté droit du bas-ventre. Le 31, les douleurs ont disparu et la malade sort complétement guérie.

Trois ans après, j'ai eu l'occasion de revoir cette malade : la guérison s'était maintenue.

Observation XXXIX.

Métrite interne chronique. — Douleurs et crises nerveuses symptomatiques. — Saignées. — Calmants. — Cautérisations intra-utérines. — Cautérisation transcurrente. — Bains. — Repos. — Régime sévère. — Guérison.

Madame Champ..., âgée de quarante et un ans, d'un tempérament sanguin-nerveux, et d'une bonne constitution, fut réglée à treize ans. Elle eut deux enfants, l'un à vingt et un ans, et l'autre à vingt-quatre ans. Depuis sa dernière couche, elle perd en blanc et ressent des douleurs dans le bas-ventre, à droite, surtout à l'époque des règles. Ces douleurs reviennent assez souvent sous forme de crises très-intenses. Constipation habituelle. Pendant six ans, on employa vainement les bains simples, les bains sulfureux, alcalins, émollients, les bains de siége, les injections variées, les calmants, les antispasmodiques; la cautérisation souvent répétée du col de la matrice.

Souffrant de plus en plus, la malade vint me consulter au mois de juin 1852.

OBSERVATION XL.

Métrite interne chronique. — Phlegmasie péri-utérine chronique. — Crises nerveuses hystériformes. — Troubles digestifs sympto-matiques. — Émissions sanguines. — Cautérisation transcur-rente. — Bains. — Calmants. — Régime sévère. — Repos. — Cathétérisme. — Curette. — Cautérisation intra-utérine. — Guérison.

Théron (Rosine), âgée de trente-deux ans, d'une constitution affaiblie par la souffrance, d'un tempérament nerveux et d'un caractère très-impressionnable, est entrée le 30 avril 1857, dans mon service, à la Charité.

Elle a été réglée à l'âge de treize ans. La menstruation, régulière d'abord, se dérangea, au bout de quelques mois, sans cause appréciable. La malade éprouva des retards de deux, trois, quatre mois et plus, et même une suppression qui dura un an. Cette aménorrhée s'accompagna de phénomènes gastralgiques, de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins, d'un état de malaise général et de faiblesse extrême, avec altération des traits et décoloration des tissus. Le retour capricieux et imprévu des règles dissipait ces phénomènes, qui ne tardaient pas à reparaître avec une nouvelle aménorrhée.

La malade ne ressentit aucune amélioration des pédiluves sinapisés et du régime tonique auquel on la soumit pendant longtemps. Au commencement de l'année 1855, les douleurs de l'estomac et du bas-ventre devinrent plus intenses, surtout à l'époque des règles; puis survinrent des vomissements.

Huguier fit suivre un traitement approprié à la gastralgie. Cependant les accidents prirent, à quatre reprises, une telle intensité que la malade fut contrainte de garder le lit pendant un mois. En octobre 1856, après quelques semaines de soulagement, l'époque menstruelle ramène de nouvelles crises, plus violentes que les anciennes, avec des vomissements incoercibles, des attaques de nerfs fréquentes, des coliques, des efforts expulsifs, des maux de reins, des démangeaisons, des picotements, des fourmillements et une sensation de tiraillement dans toute la moitié inférieure du rachis; enfin des douleurs jusque dans les cuisses et les jambes, surtout du côté gauche, etc.

Mademoiselle Théron consulta successivement plusieurs médecins : Raciborski, qui chercha à combattre les phénomènes gastriques; M. Bossu, qui crut à une maladie de la moelle épinière et fit appliquer des

dents nouveaux. Le 21, ventouses scarifiées sur les reins. Amélioration marquée. Le 22, un bain qui, loin de soulager la malade, ranime les douleurs. Cependant, il n'y a plus de vomissements, ni de nouvelles attaques : — potion calmante, vin de quinquina, deux portions.

Aucun changement jusqu'au 28 : quinze sangsues amènent un léger soulagement de quelques heures; puis les douleurs reparaissent. Le 1er juin, attaque de nerfs, précédée de souffrances extrêmes dans tout le bas-ventre. La constipation n'est peut-être pas étrangère à cette recrudescence, qui diminue après l'administration de 30 grammes d'huile de ricin. 7 juin : soulagement complet, sous l'influence d'une application de ventouses sur les reins.

9 juin : à la suite d'une vive contrariété, douleurs extrêmement vives dans le bas-ventre et les reins, agitation continuelle, attaque de nerfs vers le soir. Les cataplasmes chloroformés ne font qu'exalter la sensibilité nerveuse : saignée de 30 grammes.

Le 11 juin, même état; ventre ballonné et très-sensible à la pression, vomissements, pas de nouvelles attaques de nerfs : diète absolue.

Le 12 juin, légère amélioration jusqu'au 25 juin. Pendant ce temps, la malade n'a pris que des bouillons et des potages; enfin une portion dans les deux derniers jours. Des onctions d'axonge et de laudanum, et des lavements émollients ont réussi souvent à calmer les douleurs.

La contrariété éprouvée par la malade n'a-t-elle pas pu retarder le flux menstruel qui devait paraître du 12 au 15 juin, et ce retard, par contre-coup, n'a-t-il pas donné lieu à la recrudescence que nous venons de signaler? Nous n'hésitons pas à le croire.

Le 25 juin, les règles se montrent, après une exagération momentanée des douleurs, suivie d'une attaque de nerfs. Elles sont d'une couleur pâle, fort douloureuses et accompagnées de coliques expulsives. Le 1er juillet, après leur cessation, cinq ventouses scarifiées sur les reins : diminution sensible, mais passagère, des douleurs, qui reparaissent le lendemain avec une nouvelle intensité, à la suite d'une exploration des organes génitaux par le rectum. Cette recrudescence dure huit jours et cède à quatre applications de ventouses scarifiées, à l'emploi des cataplasmes chloroformés sur l'abdomen et des lavements émollients.

Le 27 juillet, nouvelle crise accompagnée de douleurs qui persistent jusqu'au 2 août, et cessent avec l'apparition des règles. La malade ne se plaint plus de cette sensation de fourmillement qu'elle accusait dans les reins.

Le 17 août, crise nerveuse. Le 19, cautérisation transcurrente sur les

Le 6 janvier, après une nouvelle contrariété, mademoiselle Théron est prise d'une attaque d'hystérie très-violente, et de tous les accidents déjà signalés; les crises nerveuses se répètent tous les deux jours, une ou deux fois dans les vingt-quatre heures. — Sangsues, ventouses, cautérisation transcurrente; bains, bouillons et potages : pas d'amélioration. Les règles apparaissent le 20 janvier, après quinze jours de retard.

Cependant le toucher vaginal est devenu moins douloureux; je constate une notable diminution de l'engorgement des ligaments larges, et la disparition de l'engorgement rétro-utérin.

Mieux sensible pendant le mois de février.

Mars. — Cautérisation transcurrente superficielle sur le bas-ventre et les reins : diminution des douleurs lombaires. Une application de ventouses scarifiées sur les lombes et deux applications de sangsues sur le bas-ventre, font presque entièrement cesser les autres douleurs. L'appétit renaît; les pertes blanches diminuent; les attaques nerveuses se réduisent à quelques rares tressaillements musculaires.

L'engorgement péri-utérin ayant disparu, et l'état nerveux étant suffisamment atténué, j'ai cru devoir, pour achever la guérison, traiter directement la métrite interne.

Du 9 avril au mois d'août 1858 : cathétérisme utérin, répété deux fois par semaine, pendant vingt jours; raclage de la face interne de l'utérus avec la curette, qui ramène cinq granulations du volume d'un grain de chènevis; six cautérisations intra-utérines avec le nitrate d'argent liquide; trois applications de ventouses scarifiées; bains.

Ce dernier traitement a été suivi d'une guérison complète, qui s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Observation XLI.

Phlegmasie péri-utérine chronique. — Métrite interne. — Antéflexion. — Rétention d'urine. — Crises nerveuses hystériformes symptomatiques. — Émissions sanguines. — Vésicatoires. — Calmants. — Bains. — Cautérisations transcurrentes. — Repos. — Régime sévère. — Guérison.

Adèle R..., âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique-nerveux, d'une assez bonne constitution, réglée à dix-sept ans, fut prise, il y a trois ans, de douleurs dans le bas-ventre, à gauche, avec dysménorrhée et pertes blanches assez abondantes; digestions difficiles et fré-

J'eus ensuite recours aux préparations de belladone, aux injections d'eau froide dans la vessie, au cathétérisme gradué, aux douches froides générales, sans plus de succès.

En dernier lieu, je combattis l'engorgement péri-utérin, à l'aide des moyens suivants : — Six saignées de 45 à 90 grammes, quatre applications de ventouses scarifiées sur les reins, cinq applications de quinze sangsues, trois vésicatoires volants, quatre cautérisations transcurrentes; calmants, bains, repos, régime sévère. Sous l'influence de cette médication, les accidents diminuèrent graduellement; et, au bout de cinq mois, les douleurs du bas-ventre avaient disparu, ainsi que la rétention d'urine et les crises hystériformes; les règles, qui étaient supprimées depuis longtemps, vinrent à leur époque accoutumée, le 19 octobre. Depuis ce moment, elles ont continué de paraître très-régulièrement.

J'ai pu m'assurer que les crises nerveuses étaient, comme je l'avais pensé, intimement liées à la phlegmasie péri-utérine; car, à mesure que l'engorgement péri-utérin marcha vers la résolution, les douleurs du bas-ventre allèrent elles-mêmes en diminuant, les urines reprirent peu à peu leur cours naturel, les crises s'éloignèrent et elles finirent par cesser complétement. Depuis que la malade est sortie de l'hôpital, sa guérison ne s'est pas démentie.

Observation XLII.

Métrite interne chronique. — Phlegmasie péri-utérine chronique. Crises hystériformes. — Paraplégie et dysurie symptomatiques. Émissions sanguines. — Cathétérisme utérin. — Repos. — Cautérisation transcurrente superficielle. — Toniques, ferrugineux. — Électrisation. — Guérison.

Rosalie Thouvignon, couturière, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique-nerveux et d'une assez bonne constitution, souffrait depuis deux ans dans le bas-ventre et dans l'estomac, avant d'être réglée. A l'âge de seize ans, les règles apparurent, et furent suivies de douleurs plus intenses.

A vingt et un ans, Rosalie Thouvignon eut une grossesse pénible et un accouchement difficile. Six semaines après ses couches, elle entra à l'hôpital Necker, éprouvant des élancements continuels et violents dans la région ovarique droite, avec une leucorrhée très-abondante, des digestions difficiles, suivies de nausées, de vomissements, de pesanteur insolite dans l'estomac, etc. Monneret cautérisa huit ou dix fois le col de l'utérus

avec le nitrate d'argent et prescrivit
l'iodure de fer ; mais les souffrances s'a
crises nerveuses hystériformes.

Ros. Thouvignon entra à la Charité,
onze mois après son accouchement. E
Elle éprouvait dans le bas-ventre un s
leurs très-intenses, surtout à droite, q
inférieurs, dans la région sacro-coccygi
intercostaux et les aisselles. La jambe
ralysée. Ces phénomènes prenaient
truelle. Leucorrhée abondante ; mictio
rares et très-pénibles ; digestions lab
l'appétit ; céphalalgie incessante.

Toucher vaginal douloureux, ainsi qu
version avec abaissement de l'utérus.
derrière le ligament de Fallope et para
tionné. En arrière et à droite, tumeu
ment séparée de l'utérus par un sillon
pression.

Le 7 juillet, saignée de 150 gramm
main, cinq ventouses scarifiées sur les
beaucoup moins douloureuses qu'aupa

Le 16 juillet, cathétérisme utérin, tr
lysie complète du mouvement de la jar

Une application de sangsues le 19
le 20 juillet, font disparaître cette para

Le 3 août, le cathétérisme est de nou
les règles viennent sans douleurs. A
scarifiées sur les reins. Le cathétéri
n'amène rien de particulier.

Le 2 septembre, douleurs et faibles
lade a peine à mouvoir ; souffrances du
l'urine très-pénible. Une cautérisation
sur les reins, le bas-ventre et les cuiss
médiat, mais passager. Le 16 septemb
intensité ; la jambe gauche est très-fai
— Saignée de 125 grammes.

Le lendemain, la jambe droite pe
étendus. Mais, le 18, les souffrance

Cette recrudescence ne peut être attribuée qu'à l'influence de l'époque menstruelle.

Les règles apparaissent, peu abondantes, le 20 septembre, après un retard de huit jours. La jambe droite est moins paralysée et moins douloureuse que les jours précédents. Le 26, après la cessation des menstrues, douleurs lancinantes dans les deux jambes. — Quinze sangsues sur l'hypogastre, le 28 septembre. Trois jours après, vésicatoires volants sur les deux fosses iliaques.

Le 5 octobre, plus de douleurs dans le bas-ventre. Iodure de potassium, 0^{gr},25. Cependant, la paralysie des membres inférieurs va en augmentant. Le 12 octobre, la jambe gauche et la jambe droite sont entièrement privées de mouvement et de sensibilité. L'hypogastre est également frappé d'anesthésie. Ces accidents, loin de diminuer aujourd'hui sous l'influence des émissions sanguines, augmentent au contraire à mesure que le sang s'appauvrit; car ils ne dépendent plus seulement de l'affection utérine, comme au début, mais ils se rattachent aussi à un état anémique et hystérique très-prononcé. D'ailleurs, l'engorgement péri-utérin a beaucoup diminué de volume. Les douleurs lombo-ovariques se sont dissipées, et les pertes blanches ont presque totalement disparu.

Du 13 au 25 octobre : — pilules de Vallet; iodure de potassium; manuluves; cataplasmes chloroformés; quelques lavements émollients et laudanisés.

Du 25 au 28 octobre, les règles paraissent sans amener aucun changement.

Le 3 novembre, rétention d'urine avec ténesme vésical; le cathétérisme devient nécessaire, matin et soir. La pression sur l'abdomen et le toucher vaginal sont très-douloureux.

Du 9 au 30 novembre, électrisation des membres inférieurs et de la paroi hypogastrique; cathétérisme, puis faradisation de la vessie; continuation du traitement tonique. Les mouvements et la sensibilité reviennent progressivement dans les membres paralysés, après neuf séances d'électrisation.

A la fin de ce mois, les règles ont apparu normalement, et Rosalie Thouvignon sortit guérie, le 7 décembre.

OBSERVATION XLIV.

Métrite interne. — Phlegmasie péri-utérine chronique. — Paralysie symptomatique du mouvement de la jambe gauche. — Incontinence d'urine. — Émissions sanguines. — Vésicatoires, etc. — Cautérisation transcurrente superficielle. — Cautérisation intra-utérine. — Cathétérisme utérin. — Bains sulfureux, etc. — Amélioration.

Marie W..., lingère, âgée de trente ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, réglée à treize ans, a eu deux enfants, l'un à seize, l'autre à dix-huit ans.

A vingt-quatre ans, fausse couche de sept mois ; à vingt-huit ans, accouchement très-pénible.

Trois ou quatre mois après, la malade est surprise par un orage : ses règles s'arrêtent brusquement et restent supprimées pendant onze mois.

Au mois de mars 1856, douleurs très-vives et continuelles dans le bas-ventre ; pertes blanches abondantes. Un peu plus tard, sentiment de faiblesse dans la jambe gauche, et bientôt paralysie complète du mouvement ; incontinence d'urine.

Au mois de juin 1856, Marie W... entra à la Pitié, dans le service de M. Marrotte. Bains sulfureux, applications de sangsues, pilules ferrugineuses, vin de quinquina, faradisation répétée tous les deux jours, pendant trois mois, le long de la jambe paralysée, tout resta sans effet. La malade alla à la campagne, et revint dans le même état.

Le 11 août 1856, elle entra à la Charité, dans la division de Rayer. Les préparations de strychnine, les bains sulfureux, la faradisation, un traitement antisyphilitique, continués pendant dix mois, n'amenèrent aucun résultat favorable.

Le 12 juin 1857, après un séjour de quelques semaines à la campagne, Marie W... entra dans mon service.

État actuel. — Bonne physionomie ; embonpoint conservé ; habitude extérieure satisfaisante ; digestions faciles, appétit excellent.

Douleurs gravatives dans le bas-ventre ; sentiment de constriction pénible autour des reins ; jambe gauche entièrement paralysée du mouvement ; jambe droite seulement engourdie ; incontinence d'urine permanente.

Toucher vaginal peu douloureux ; utérus en rétroflexion, engorgé ; orifice utéro-vaginal largement ouvert ; leucorrhée abondante. Dans le

ligament large gauche, tumeur inflam
poule, avec une artère d'un assez petit

Le cathétérisme utérin détermine, a
une douleur assez vive, qui retentit d

13 juin. ventouses scarifiées sur les
laudanisés en permanence sur l'hypog

Le 14. quinze sangsues sur le bas-ve

15 juin, amélioration graduelle, qui
truation. Le lendemain des règles, qui
90 grammes, suivie de bons effets.

Du 22 juin au 20 août, quatre applica
volants sur les fosses iliaques. Diminu
bides ; menstruation facile et régulière.

Le 21 août, la jambe gauche devient
sont moins *étendus et moins faciles qu*

Le 23, cautérisation transcurrente
jambe gauche. Les douleurs de reins s
leurs et la paralysie de la jambe dr
mais seulement d'une manière momen

Le 28 août. dix sangsues à l'hypoga

Du 1er au 5 septembre, règles sans

Le 9 septembre, cautérisation trans
gauche, le bas-ventre et les reins. Amél
que la première fois. La malade retie
sensation du besoin d'uriner.

Du 10 septembre au 1er décembre :
le bas-ventre ; six cautérisations trans
et la jambe gauche ; deux application
très-satisfaisants ; la malade imprime à
mouvements ; elle marche avec lenteu
n'éprouve plus qu'un peu de faiblesse,
ments douloureux dans le membre m

Décembre : une application de sang
cautérisation transcurrente, une saign
combattre les élancements douloureux

Je m'assure par le toucher vagina
disparu.

Janvier : retour de tous les acci
contrariété. Ventouses scarifiées sur le

sur le bas-ventre, les lombes et la jambe gauche. Les douleurs disparaissent, mais la paralysie ne se dissipe qu'incomplétement. Plusieurs tentatives d'électrisation sur la jambe paralysée demeurèrent sans effet.

Je revins à la cautérisation transcurrente superficielle. Je pratiquai à plusieurs reprises le cathétérisme utérin et la cautérisation intra-utérine, d'abord avec la solution de nitrate d'argent, puis avec le porte-caustique de Lallemand.

Les symptômes de la métrite interne furent ainsi combattus avec succès ; en même temps les phénomènes de paralysie diminuèrent d'une manière très-notable. Plus tard, sous l'influence des toniques, des bains, des ferrugineux, l'état de la malade s'améliora, au point qu'elle put sortir de l'hôpital, en voie de guérison, dans le courant du mois de novembre 1858.

Observation XLV.

Phlegmasie péri-utérine des deux côtés. — Métrite interne chronique. — Dyspepsie. — Insuccès de la cautérisation du col utérin avec le fer rouge. — Émissions sanguines. — Bains. — Calmants. — Vésicatoires. — Repos. — Régime sévère. — En voie de guérison. — Application d'un pessaire. — Gangrène consécutive des parois vaginales. — Péritonite. — Mort.

Marie Quénot, domestique, âgée de trente-quatre ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'une bonne constitution, réglée à quinze ans et demi, a eu quatre enfants. Il y a onze ans, à la suite d'une couche, elle fut prise de douleurs dans le bas-ventre, avec pertes en blanc analogues à du blanc d'œuf : — cataplasmes, injections émollientes, bains, repos.

Au bout de trois mois, la malade se trouva mieux et put reprendre ses occupations. Depuis lors, persistance de la leucorrhée, et douleurs, de temps en temps, dans le bas-ventre.

Il y a huit mois, recrudescence marquée des souffrances et pertes abondantes aux époques menstruelles. Entrée de la malade à la Pitié, dans le service de Becquerel : — deux applications de sangsues, purgatifs répétés; amélioration légère. Plus tard, à cinq reprises différentes, cautérisation au fer rouge du col utérin. Augmentation des douleurs du bas-ventre. Sortie de la malade, le 15 novembre, après six mois de traitement.

Le 3 décembre 1857, elle entra dans ma division, à la Charité.

État actuel, 4 décembre : — douleurs intenses et parfois expulsives dans

le bas-ventre des deux côtés, principale
souffrances dans les reins, dans les flan
de pesanteur au-dessus de l'anus, tirail
quentes d'uriner ; garderobes quelquefoi
pas de nausées, ni de vomissements. C

Utérus en antéversion, un peu ab
volume. Tumeur inflammatoire péri-
larges. Chacune de ces tumeurs a le
est oblongue, mobile, douloureuse à
sente, à sa base, une artère grosse
Saignée de 90 grammes ; cataplasmes
ment rapide.

12 décembre. — Retour des doulet
les fosses iliaques. Mieux sensible.

21 décembre. — *Apparition des règl*
douleurs que précédemment. Au bout
calment en partie.

8 janvier. — Recrudescence des do
transcurrente, répétée deux fois et suiv
nution des souffrances.

15 janvier : même état : — quinze

22 janvier, *les règles paraissent à leu*
normales sous tous les rapports. A
malade s'améliore chaque jour. — J'in
les calmants.

12 février : le mieux se soutient, l'
entièrement disparu ; mais il existe en
ventre, surtout à gauche. Deux applica
à huit jours d'intervalle, amènent la c

22 février : retour des règles, sans

La malade allait de mieux en mieu
forces, lorsque, le 26 février, elle fut

Dénuée de toutes ressources, Marie
de mes collègues, qui, pour remédie
appliquer un pessaire à air en caoutch

Les deux premiers jours, la malade
sième jour, elle ressentit des douleur
main, ses souffrances avaient tellemen
pessaire. Dès ce moment, les accid

bientôt apparurent tous les symptômes d'une métro-péritonite aiguë, et, huit jours après l'invasion de ces accidents, Marie Quénot rentra, sur sa demande, dans ma division.

Son état avait singulièrement empiré; la face était profondément abattue, altérée; le ventre tendu, douloureux à la moindre pression; écoulement, par la vulve, de matières putrides exhalant une odeur gangréneuse. Je trouvai les parois du vagin très-épaissies, inégales, indurées; le col utérin augmenté de volume, mais lisse au toucher. Vomissements de matières bilieuses, verdâtres; pouls très-fréquent, très-petit, concentré, comme dans la péritonite aiguë.

Les accidents s'aggravent de plus en plus, et, au bout de huit jours, la malade succombe, épuisée par les souffrances et par la diarrhée colliquative, malgré l'emploi des onctions mercurielles, des cataplasmes, des injections émollientes, et des moyens de désinfection.

Autopsie (16 juin, trente-six heures après la mort).— On trouve un épanchement de pus dans le péritoine. Ce liquide occupe surtout la cavité pelvienne; il est épais, bien lié et phlegmoneux; des fausses membranes récentes se remarquent à la face interne de la séreuse.

Les parois du vagin sont inégales, rugueuses, indurées, couvertes et imprégnées d'un liquide brun foncé, sanieux et très-fétide. Leurs couches superficielles sont ramollies et réduites en un détritus noirâtre, gangréneux; leurs couches profondes ont une consistance ferme et crient sous le scalpel. Ces lésions s'étendent depuis la vulve jusqu'au col de l'utérus. Ce dernier est hypertrophié, mais il a conservé son aspect lisse, et n'est pas envahi par la gangrène qui, comme nous venons de le dire, occupait toute l'étendue des parois vaginales.

Le corps utérin lui-même est sensiblement augmenté de volume.

La membrane muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus est un peu injectée, mais elle n'offre aucune altération dans sa consistance.

Les ligaments larges sont épaissis et indurés; le ligament large gauche est plus altéré que celui du côté opposé; ils étaient tous deux injectés et parcourus par un grand nombre de vaisseaux sanguins.

Le cul-de-sac péritonéal rétro-utérin est comme effacé par de nombreuses adhérences.

La capsule de l'ovaire gauche était épaissie, cartilagineuse; elle avait un millimètre environ d'épaisseur; le tissu propre des ovaires était gorgé de sang.

Rien de particulier dans les autres organes.

SIXIÈME SÉRIE

OBSERVATIONS D'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

OBSERVATION XLVI.

Grossesse extra-utérine. — Hématocèle intra-péritonéale. — Oblitération des deux trompes utérines. — Métrorrhagie. — Signes de péritonite suraiguë. — Mort, deux jours après l'entrée de la malade. — Autopsie.

Adélaïde G..., âgée de trente-deux ans, domestique, entre dans mon service, à la Pitié, le 3 septembre 1855. Il y a trois semaines, après un retard de quinze jours dans l'apparition des règles, elle fut prise d'une perte utérine, faible dans le début, mais devenue très-abondante depuis quatre jours. En outre, des douleurs de plus en plus vives se font sentir dans le bas-ventre, principalement du côté droit. La malade compare ses souffrances à celles qui précèdent l'accouchement.

État actuel (4 septembre). — Pâleur et décoloration des téguments, comme dans une anémie profonde; regards abattus; intelligence conservée; réponses nettes et précises. — Perte de l'appétit, nausées, vomissements; selles douloureuses; soif ardente; pouls petit et fréquent (145), respiration gênée; prostration des forces; menaces de syncope, métrorrhagie abondante. Ventre augmenté de volume, tendu partout, mais surtout en bas, douloureux à la plus légère pression, comme dans la péritonite aiguë. La percussion de l'abdomen rend un son clair dans les deux tiers supérieurs, et un son moins clair dans le tiers inférieur: immédiatement au-dessus du pubis le son est même tout à fait mat.

La partie supérieure du corps utérin ne peut être explorée, à cause de la douleur accusée par la malade. Le toucher vaginal est très-douloureux; le col de l'utérus, entr'ouvert, admet l'extrémité du doigt indicateur; il fait peu de saillie dans le vagin, il est refoulé en avant, dirigé d'avant en arrière, et un peu abaissé; le corps est lui-même repoussé en avant; derrière le pubis, il est plus incliné à gauche qu'à droite. Au fond du vagin, on rencontre une tumeur énorme, qui contourne l'utérus en demi-cercle, à gauche, en arrière et à droite. Le cul-de-sac vaginal postérieur est refoulé en bas par cette même tumeur, qui est fluctuante et fait une forte saillie dans le vagin. Au niveau du ligament large droit, on

La région ovarique droite est occupée par une tumeur énorme, ovoïde, demi-fluctuante, verticalement dirigée, dont la grosse extrémité regarde en haut. Elle est divisée en deux parties par un sillon, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur : la partie supérieure est lisse, tapissée par le péritoine et quelques fausses membranes, et l'inférieure constituée par du sang noir, coagulé. En arrière, cette tumeur est aplatie, inégale et couverte de fausses membranes et de caillots adhérents. Le poids de cette tumeur est environ de 400 grammes; ses dimensions sont de $0^m,12$ dans le diamètre vertical, et de $0^m,18$ dans le diamètre transverse.

A gauche, on trouve l'ovaire creusé d'un foyer hématique qui communique assez largement avec la cavité du péritoine. L'ouverture de communication est large de 6 millimètres environ; ce foyer ne contient que quelques caillots sanguins. A l'extérieur, les trompes utérines paraissent diminuées de volume et atrophiées; près de leur extrémité ovarique, elles sont oblitérées à tel point qu'un stylet ne peut y être introduit. Cette oblitération fut encore constatée par l'inspection directe, en incisant avec soin leurs parois.

Après avoir séjourné pendant quinze jours dans l'alcool, la tumeur que je viens de signaler à droite, a beaucoup diminué de volume, par suite de la dissolution d'une grande partie du sang qu'elle contenait.

On trouve, à l'extérieur, des caillots fibrineux assez consistants, qui forment une espèce de coque, au centre de laquelle existe une autre tumeur liquide semblable à un œuf. Celle-ci se présente sous l'aspect d'une masse brunâtre, allongée parallèlement au grand diamètre de la tumeur principale; elle est recouverte d'une membrane pellucide, transparente, excessivement mince, envoyant, par sa face externe, quelques petits prolongements dans l'épaisseur des caillots fibrineux qui l'entourent. Incisée, elle renferme dans sa cavité un embryon, dont la tête, les bras, les mains et l'abdomen, sont assez bien développés : les membres abdominaux ne sont qu'à l'état d'appendices très-courts. Cet embryon peut avoir environ deux mois.

Observation XLVII.

Hématocèle péri-utérine extra-péritonéale. — Incision. — Injections. — Guérison.

Vautrin (Adèle), âgée de trente-cinq ans, d'un tempérament sanguin-bilieux, d'une bonne constitution, entra dans ma division, à la Pitié, le

Le 28 mai, le mieux persiste ; la tumeur diminue de volume et n'est plus formée que par les parois du kyste revenues sur elles-mêmes. Depuis le jour de sa sortie, qui eut lieu le 25 mai, aucun accident n'est venu entraver la guérison qui, comme nous avons pu nous en assurer, ne s'est point démentie dans la suite.

Observation XLVIII.

Hématocèle péri-utérine extra-péritonéale. — Incision. — Injections aqueuses et iodées. — Guérison.

Marie X..., âgée de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin-lymphatique, d'une bonne constitution, entra dans ma division, à la Pitié, le 12 avril 1855. La veille, trois jours après l'apparition des règles, sans cause appréciable, la malade avait éprouvé une douleur intense et brusque dans le bas-ventre, avec métrorrhagie abondante, sentiment de pesanteur au-dessus de l'anus, efforts expulsifs comme pour accoucher ou pour aller à la garderobe, nausées, vomissements, pâleur générale, abaissement rapide des forces.

État présent, 13 avril : décoloration générale de la peau ; ventre tuméfié, tendu, très-douloureux, mat dans toute la région hypogastrique, où l'on sent une tumeur qui remonte jusqu'à l'ombilic, et s'enfonce dans la cavité pelvienne. Cette tumeur est rénitente et elle donne partout la sensation de la fluctuation. Le cul-de-sac postérieur du vagin est refoulé fortement en bas par la même tumeur qui est molle et fluctuante, douloureuse à la pression, et qui descend dans la paroi recto-vaginale à une distance de l'anus de 4 centimètres seulement.

On retrouve la même tumeur par le rectum, dont la paroi antérieure est déprimée.

Le col utérin est refoulé en avant contre la symphyse pubienne.

Le corps de la matrice est placé au devant de la tumeur et dépasse le pubis de trois travers de doigt ; il a son volume normal.

Teinte violacée de la paroi postérieure du vagin, constatée directement avec le spéculum.

La malade continue d'éprouver dans le bas-ventre les douleurs que j'ai signalées plus haut. Envies fréquentes d'uriner ; nausées, vomissements des boissons, constipation, pouls fréquent à 112 : — vingt sangsues sur le bas-ventre, cataplasmes émollients, limonade, eau de Selts, glace, diète, sinapismes sur les poignets. Soulagement de peu de durée.

14 avril : les accidents s'aggravent, les s
aiguës ; la malade est très-affaiblie et décou

Persuadé que j'avais affaire à une hémat
d'abord une ponction exploratrice par le va
m'être assuré que la tumeur était de nature
ses parois ; aussitôt il s'écoula une grande q
caillots.

Soulagement rapide, diminution des souf
nausées ni de vomissements, fièvre moins
ut supra.

A partir de ce jour, la malade alla de
grande quantité de sang par la vulve. Le
prend une teinte noirâtre et une odeur fé
foyer, qui facilite l'écoulement des liquide
permet de faire des injections répétées
tumeur.

Pour soutenir les forces de la malade, je
stantiels et des boissons toniques.

Au bout de cinq jours, j'eus recours aux i
graduellement la dose des aliments, vin d
Le mieux continua, le liquide provenant
devint moins fétide et d'une couleur moins

Au bout d'un mois, il ne s'écoule plus
quantité de pus, qui va diminuant chaque
les qualités d'un liquide séreux, transpare
sonde, à la fin de la sixième semaine, et la
un état très-satisfaisant.

OBSERVATION X

**Hématocèle péri-utérine extra-périto
tions aqueuses et iodée**

Cécile Boussard, tapissière, âgée de vin
lymphatique et d'une assez bonne constituti
à la Charité, le 9 mars 1857.

Cette femme, réglée à quinze ans, l'a to
présent. Elle a eu trois enfants, et ses
Depuis la dernière (août 1856), elle éprou
légers dans les reins, et des douleurs

A partir de novembre (même année), la menstruation devient un peu irrégulière.

Le 16 janvier 1857, règles plus abondantes que de coutume, pendant huit ou dix jours, et qui diminuent sans cesser complétement jusqu'à l'époque menstruelle suivante (16 février).

Depuis lors, la malade n'a pas cessé de perdre en rouge, tantôt plus, tantôt moins. Elle consulta un médecin qui lui prescrivit des bains et des injections, sans aucune amélioration.

Le 10 mars, la malade se plaignait de douleurs intenses dans le bas-ventre, plus vives à gauche qu'à droite, de tiraillements et de pesanteur dans les reins, de lassitude et de faiblesse dans les jambes, et d'une constipation opiniâtre.

Toucher vaginal douloureux ; utérus augmenté de volume et incliné à gauche et en avant; orifice du museau de tanche béant. A droite, au fond du cul-de-sac vaginal, tumeur mobile, libre de toute adhérence, oblongue, du volume d'un œuf de poule, s'étendant en bas presque au niveau du museau de tanche, et en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Sa surface est lisse, et ne présente aucune trace de battements artériels. — Métrorrhagie abondante ; caillots volumineux.

Je soupçonnai que la tumeur péri-utérine était ou un épanchement sanguin ou une grossesse extra-utérine.

Le 10, la perte est diminuée. — Manuluves ; cataplasmes ; deux portions. — Rien de particulier jusqu'au 16.

Le 16, jour de l'époque menstruelle, la métrorrhagie augmente, sans recrudescence des douleurs du bas-ventre.

Le 18, saignée de 90 grammes. Soulagement et diminution de la perte. La tumeur n'augmentant pas de volume, j'écarte l'idée d'une grossesse extra-utérine. L'amélioration se soutient jusqu'au 23.

Le 23, dans la soirée, douleurs très-violentes dans le bas-ventre avec efforts expulsifs, revenant par crises nombreuses, suivies de la sortie, par la vulve, de caillots volumineux. Ces accidents ont duré toute la nuit, avec des rémissions très-courtes.

Le lendemain, depuis six heures du matin jusqu'au moment de la visite, les souffrances sont devenues de plus en plus vives ; face décomposée, oppression, vomissements répétés; fièvre intense : pouls petit, fréquent (130); ventre volumineux, tendu et douloureux. On sent, à travers l'abdomen, une tumeur énorme, qui s'élève de deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sur les parties latérales droites, on retrouve la première tumeur, ayant la même forme oblongue, le même volume, la

gastre. Après avoir essayé en vain de faire pénétrer le doigt dans la plaie, j'en agrandis l'ouverture avec un bistouri boutonné; j'écrasai avec le doigt quelques-uns des caillots, et je pratiquai des injections d'eau tiède, qui entraînèrent une assez grande quantité de matières sanieuses d'une odeur fétide. — Eau vineuse; glace; cataplasmes; sinapismes sur les membres supérieurs.

Le 27, l'opération a produit du soulagement. Injections, matin et soir, dans la tumeur. Dans la journée, une certaine quantité de sang continue à s'écouler par la vulve.

Le 29, amélioration sensible; plus de vomissements; douleurs sourdes et rares; physionomie meilleure; pouls à 108; ventre moins tendu. La tumeur est descendue de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. — Traitement, *ut supra*; onctions sur l'abdomen avec 200 grammes d'onguent mercuriel.

L'amélioration continue les jours suivants.

Le 31, diarrhée intense depuis la veille, selles involontaires et fétides; douleurs vives; miction difficile, grande anxiété. — Injection, qui entraîne des détritus très-fétides. Une sonde de gomme élastique est placée à demeure dans le foyer. — Bouillon, gomme sucrée; potion calmante, glace; onctions mercurielles, sinapismes aux extrémités supérieures; vin de Bordeaux, 100 grammes.

Le 1er avril, la diarrhée a cessé; la miction se fait bien; le ventre est moins tendu; la tumeur a encore diminué de 0m,02 à 0m,03.

Le mieux augmente jusqu'au 8.

Le 8 avril, la malade est plus faible et plus abattue que les jours précédents; elle présente tous les symptômes de l'infection putride. — Cataplasmes chlorurés; injections chlorurées répétées trois fois par jour; vin de Bordeaux, café; poulet; bain.

A partir du 9, les matières ramenées par les injections deviennent de moins en moins fétides; la poche diminue de volume, et le mieux fait des progrès rapides.

Le 16 avril, jour qui répond au retour des règles, se passe sans aucun accident. Rien de particulier pendant les quatre jours suivants.

Le 20, les injections n'entraînent qu'une eau rousseâtre peu fétide; le liquide qui s'écoule dans l'intervalle des injections est plus noir que les jours précédents. — Injection iodée (1 p. d'iode pour 8 p. d'eau).

Les jours suivants, deux injections iodées par jour.

Du 22 au 30, le mieux va croissant; la physionomie est meilleure, plus colorée; le pouls descend à 70. L'appétit et les forces renaissent. Le li-

quide qui s'écoule par la sonde est pe
ne sent plus la tumeur au-dessus du
normale, et l'ouverture faite dans le
L'injection ramène un liquide mêlé

Le 30, la malade est très-bien ; il
la sonde. La proportion d'iode dans
8 d'eau.

Le 5 mai, pas d'injection iodée; le
quantité, par la sonde, est albumineu

Le 7, dernière injection iodée.

Le 8, la sonde est retirée.

Le 22, après six jours de retard, l
sans douleurs, sans réaction fébrile.

Les règles continuent jusqu'au 25,
forces se relèvent peu à peu, et la
complétement guérie.

Des observations qui précèdent,

I. Qu'il existe, relativement à son
péri-utérine : l'une *intra-péritonéale*
comme nous l'avons établi dans no

II. Que la seconde variété, bien
et en particulier par Nélaton, dont
duit les opinions dans sa thèse inau
coup moins grave que la première

III. Que cette distinction est de l
de vue pratique; car c'est sur elle
pronostic et que reposent les indic

IV. Que l'hématocèle péri-utérine
mine le plus souvent par résolutio

V. Qu'on peut cependant favor
tanée par des émissions sanguines,
proportionnée à la force des sujets;

VI. Qu'il ne faut recourir à l'ou
d'hématocèle sous-péritonéale, et l
est commandée par la violence des
et la gravité de l'état général;

VII. Qu'il est nécessaire d'ouvri

dans le foyer une sonde à demeure, et d'y pratiquer des injections fréquentes, aqueuses d'abord, détersives ensuite, soit avec de l'eau chlorurée, soit, de préférence, avec la teinture d'iode.

Les observations qui précèdent ont été empruntées à la première édition de cet ouvrage. Elles remontent à l'époque où je commençais mes recherches cliniques sur les maladies utérines et péri-utérines, et où j'essayais d'établir les bases de la thérapeutique qui leur convient. J'employais alors, dans le traitement des inflammations péri-utérines, les émissions sanguines plus fréquemment que je ne le fais depuis plusieurs années. Aujourd'hui, que je suis parvenu à mieux en fixer les indications, j'y ai recours le moins souvent possible, seulement dans des cas bien déterminés, et suivant des règles qui ont été soigneusement tracées dans les parties de ce livre consacrées au traitement des phlegmasies de l'utérus et de ses annexes. C'est dans ces chapitres que l'on trouvera l'exposé exact des méthodes thérapeutiques auxquelles je me suis définitivement arrêté après une longue expérience.

FIN.

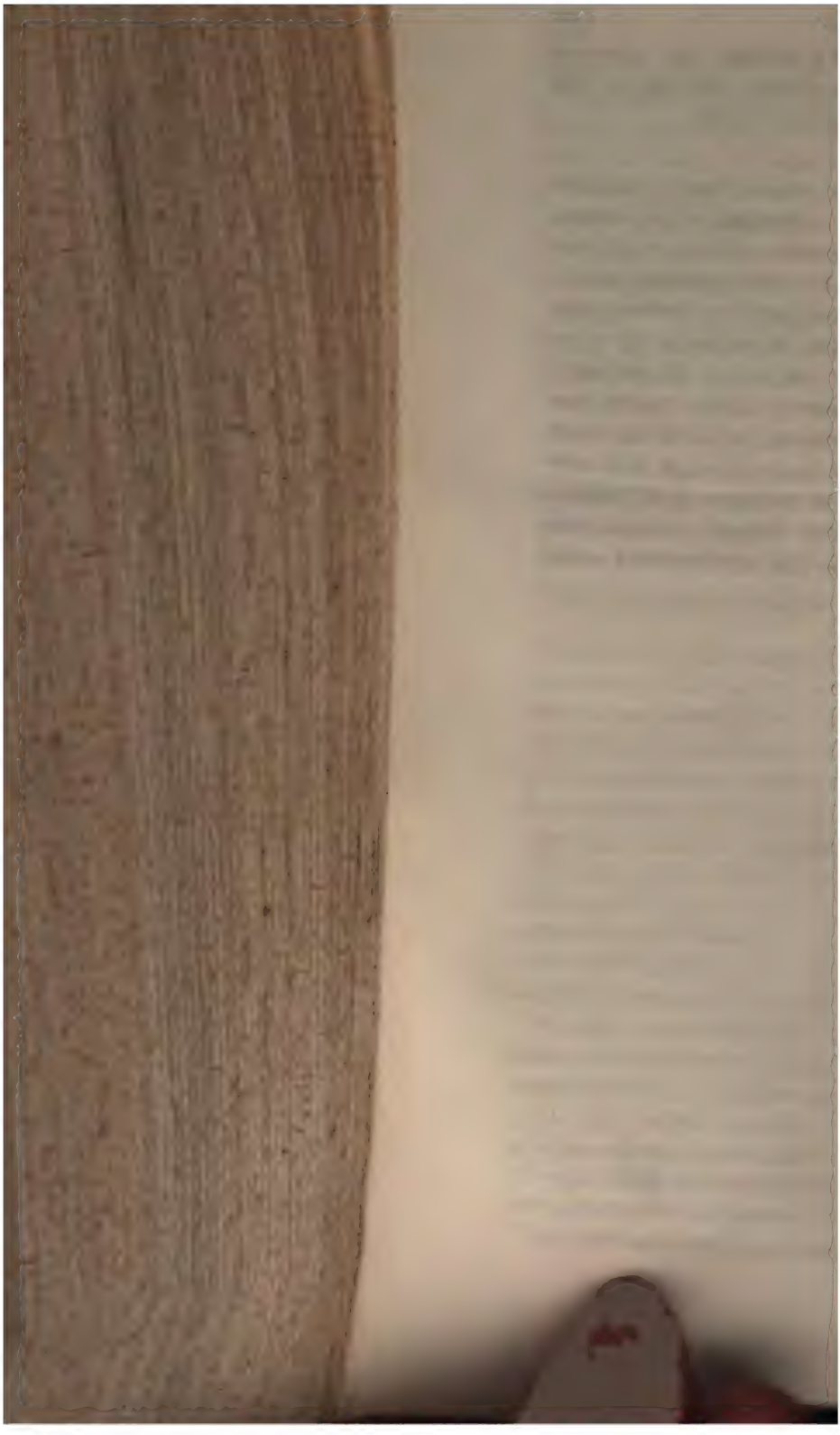

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME

PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION..... v

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION..... ix

HISTORIQUE..... 1

PROLÉGOMÈNES..... 25

CHAPITRE PREMIER. — Considérations sommaires sur l'anatomie de l'appareil génital de la femme..... 25

CHAPITRE II. — Considérations sommaires sur la physiologie de l'appareil génital de la femme..... 46

CHAPITRE III. — Méthodes d'exploration de l'utérus et de ses annexes. 56

PREMIÈRE PARTIE

DIFFORMITÉS ET MALADIES DE LA VULVE

CHAPITRE PREMIER. — Hypertrophie de la vulve..... 73

CHAPITRE II. — Atrésie et imperforation de la vulve..... 74

CHAPITRE III. — Affections éruptives de la vulve..... 76

ARTICLE PREMIER. — Eczéma de la vulve..... 77

ART. II. — Herpès de la vulve..... 78

ART. III. — Acné de la vulve..... 79

ART. IV. — Prurigo de la vulve..... 81

CHAPITRE IV. — Inflammation de la vulve, ou vulvite..... 83

ARTICLE PREMIER. — Vulvite superficielle ou érythémateuse..... 83

ART. II. — Vulvite profonde ou phlegmoneuse..... 85

ART. III. — Vulvite glanduleuse..... 89

CHAPITRE V. — Diphthérite et muguet de la vulve..... 90

CHAPITRE VI. — Gangrène de la vulve..... 92

CHAPITRE VII. — Tumeurs enkystées de la vulve..... 94

ARTICLE PREMIER. — Kystes proprement dits..... 94

TROISIÈME PARTIE

DIFFORMITÉS ET MALADIES DE L'UTÉRUS.

CHAPITRE PREMIER. — Arrêts de développement de l'utérus..... 155

CHAPITRE II. — Aberrations de développement et vices de conformation de l'utérus..... 158

CHAPITRE III. — Imperforation et atrésie de l'utérus..... 162

ARTICLE PREMIER. — Imperforations ou atrésies complètes..... 163
ART. II. — Imperforations ou atrésies incomplètes..... 163

CHAPITRE IV. — De la fluxion et de la congestion utérines..... 165

CHAPITRE V. — De la leucorrhée..... 187

CHAPITRE VI. — Généralité sur l'inflammation de l'utérus..... 192

CHAPITRE VII. — De la métrite aiguë..... 202

ARTICLE PREMIER. — De la métrite aiguë non puerpérale..... 202
ART. II. — De la métrite aiguë puerpérale et post-puerpérale..... 208

CHAPITRE VIII. — De la métrite chronique..... 213

ARTICLE PREMIER. — De la métrite chronique externe..... 214
ART. II. — De la métrite chronique interne..... 222
ART. III. — De la métrite parenchymateuse..... 248

CHAPITRE IX. — Traitement des diverses formes de la métrite..... 256

ARTICLE PREMIER. — Traitement de la métrite chronique interne..... 256
ART. II. — Traitement de la métrite parenchymateuse..... 311
ART. III. — Traitement de la métrite externe..... 324

CHAPITRE X. — Des granulations ou fongosités utérines..... 330

CHAPITRE XI. — Rétrécissement du conduit utérin..... 354

CHAPITRE XII. — Hypertrophie de l'utérus..... 373

ARTICLE PREMIER. — Hypertrophie du col utérin..... 374
ART. II. — Hypertrophie générale de l'utérus..... 401

CHAPITRE XIII. — Atrophie de l'utérus..... 409

CHAPITRE XIV. — De la névralgie utérine ou hystéralgie..... 413

CHAPITRE XV. — Tumeurs fibreuses ou corps fibreux..... 427

CHAPITRE XVI. — Des polypes de l'utérus..... 451

CHAPITRE XVII. — Des môles utérines..... 478

CHAPITRE XVIII. — Des concrétions sanguines de l'utérus..... 483

CHAPITRE XIX. — De l'hydrométrie.....
CHAPITRE XX. — De la physométrie.....
CHAPITRE XXI. — Du cancer de l'utérus.
CHAPITRE XXII. — Généralités sur les lési
CHAPITRE XXIII. — Des déplacements de l
ARTICLE PREMIER. — Déplacement en haut
ART. II. — Déplacement en bas ou prolaps
§ I. — Prolapsus dans l'état de vacuité.
§ II. — Prolapsus dans l'état de gestati
ART. III. — Propulsions, ou déplacement
côtés.....
CHAPITRE XXIV. — Des déviations de l'utér
ARTICLE PREMIER. — Antéversion.....
ART. II. — Rétroversion.....
ART. III. — Latéroversions.....
CHAPITRE XXV. — Des flexions ou incurvati
ARTICLE PREMIER. — Antéflexion.....
ART. II. — Rétroflexion.....
ART. III. — Latéroflexions.....
CHAPITRE XXVI. — Lésions mécaniques de
CHAPITRE XXVII. — De l'inversion de l'utér

QUATRIÈME

MALADIES DES ANNEX

CHAPITRE PREMIER. — De l'inflammation p
CHAPITRE II. — Généralités sur le phlegmon
CHAPITRE III. — Du phlegmon péri-utérin ai
CHAPITRE IV. — Du phlegmon péri-utérin a
CHAPITRE V. — De la pelvi-péritonite.....
§ I. — Pelvi-péritonite aiguë.....
§ II. — Pelvi-péritonite chronique.....
CHAPITRE VI. — De l'ovarite.....
§ I. — Ovarite aiguë.....
§ II. — Ovarite chronique.....

CHAPITRE VII. — De la tubite ou salpyngite..... 758
CHAPITRE VIII. — Des abcès péri-utérins..... 764
CHAPITRE IX. — De l'apoplexie de l'ovaire..... 779
CHAPITRE X. — De l'hématocèle péri-utérine..... 781
CHAPITRE XI. — Des kystes de l'ovaire..... 820
CHAPITRE XII. — Des tumeurs fibro-cystiques..... 882
CHAPITRE XIII. — Des tumeurs solides de l'ovaire..... 887
§ I. — Tumeurs bénignes..... 888
§ II. — Tumeurs malignes..... 890
CHAPITRE XIV. — De la tuberculisation de l'utérus et de ses annexes..... 893

CINQUIÈME PARTIE

DES TROUBLES ET DES ANOMALIES DE LA MENSTRUATION

CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales..... 903
CHAPITRE II. — De la dysménorrhée..... 908
§ I. — Dysménorrhée idiopathique..... 914
Dysménorrhée nerveuse..... 914
Dysménorrhée congestive..... 915
§ II. — Dysménorrhée symptomatique..... 915
Dysménorrhée inflammatoire..... 915
Dysménorrhée mécanique..... 916
Dysménorrhée membraneuse..... 917
CHAPITRE III. — De l'aménorrhée..... 931
CHAPITRE IV. — De la rétention du flux menstruel..... 946
CHAPITRE V. — De la déviation des règles..... 960
CHAPITRE VI. — De la métrorrhagie et de la ménorrhagie..... 967
Métrorrhagie idiopathique..... 968
Métrorrhagie symptomatique..... 968
Métrorrhagie active..... 974
Métrorrhagie passive..... 976

TROISIÈME SÉRIE. — Observations de métrite interne compliquée de phlegmasie péri-utérine..... 1104

Obs. XVII à XXI.....1104- 1116

Conclusions..... 1117

QUATRIÈME SÉRIE. — Observations d'abcès péri-utérins..... 1118

Obs. XXII à XXX.....1118- 1135

Conclusions..... 1136

CINQUIÈME SÉRIE. — Observations relatives à certains accidents symptomatiques des affections utérines..... 1138

Obs. XXXI à XLV.....1138- 1167

Conclusions..... 1170

SIXIÈME SÉRIE. — Observations d'hématocèle péri-utérine..... 1171

Obs. XLVI à XLIX..... .....1171- 1176

Conclusions..... 1180

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

ERR

Page 934, première et deuxième li « l'anémie ».

PARIS. — IMPRIMERIE DE E.

NOUVELLES PUBLICATIONS DE LA LIBRAIRIE ADRIEN DELAHAYE

Spéciales aux Maladies des femmes et aux Accouchements.

Archives de tocologie, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés, publiées par J.-A.-H. DEPAUL, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. STOLTZ, doyen de la Faculté de médecine de Nancy; BAILLY, professeur agrégé à la Faculté de médecine; BERNUTZ, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine : BLOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie; CHANTREUIL, ancien chef de clinique d'accouchements; CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine; GUÉNIOT, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Assistés, professeur agrégé à la Faculté de médecine, HERVIEUX, médecin de la Maternité de Paris, membre de l'Académie de médecine; PARROT, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés; DE SOYRE, chef de clinique d'accouchements, lauréat de la Faculté, secrétaire de la rédaction.

Les *Archives de tocologie* paraissent le 1er de chaque mois, par fascicules de 64 pages. Prix de l'abonnement . . . . . { Paris . . . . . 18 fr. / Départements . 20 » / Etranger, le port en sus.

Leçons de clinique obstétricale, professées à l'hôpital des Cliniques, par le Dr DEPAUL, professeur de clinique d'accouchements, etc., rédigées par M. le Dr DE SOYRE, chef de clinique, revues par le professeur. 1 vol. in-8 publié en 3 parties, avec figures intercalées dans le texte. Prix de l'ouvrage pour les souscripteurs. 14 fr.

La troisième partie paraîtra prochainement.

Traité clinique et pratique des maladies puerpérales et des suites de couches, par le Dr HERVIEUX, médecin de la Maternité, etc. 1 fort volume in-8, avec figures dans le texte, 1870, cart. 16 fr.

Des luxations coxo-fémorales, soit congénitales, soit spontanées, au point de vue des accouchements, par le Dr GUÉNIOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8, avec fig. dans le texte, 1869. 3 fr.

Contributions à l'histoire des paralysies puerpérales, par le Dr CHARPENTIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-8, 1872. 3 fr. 50

Traité iconographique de l'ulcération et des ulcères du col de l'utérus, par le Dr A. DESPRÉS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. 1 vol. in-8, avec planches lithographiées et coloriées, 1870. 5 fr.

Traité théorique et pratique de l'avortement, considéré au point de vue médical, chirurgical et médico légal, par le Dr GARIMOND, 1 vol. in-8 de 476 pages. 1873. 7 fr. 50

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux externes de la femme. Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le Dr GUÉRIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8 de 530 pages 1864. 7 fr.

Hystérotomie. De l'ablation de l'utérus par la gastrotomie, par les Drs PÉAN et URDY. 1 vol. in-8 avec figures et planches. 1873. 6 fr.

Des inflexions de l'utérus à l'état de vacuité, par le Dr PICARD. 1 vol. in-8 de 200 pages avec figures dans le texte. 1862. 3 fr. 50

N401 Nonat, A. 15357
N81 Traité pratique des ma-
1869 ladies de l'utérus ...

NAME	DATE DUE

N401 Nonat, A. 15357
N81 Traité pratique des ma-
1869 ladies de l'utérus ...

NAME DATE DUE